Nr. 34 i 35. 28. sierpnia 1927. Rok VI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Zdzisław ŚWIDER i Dr. Natan KON. Warszawa.

Badania nad grupami serologicznemi krwi u gruźlików.

I. Grupy krwi a usposobienie osobnicze do gruźlicy.

Z Oddziału chorób wewnętrznych „B" Szpitala św. Łazarza w Warszawie.
Ordynator: Doc. Dr. M. Semerau-Siemianowski.

Sprawa usposobienia osobniczego do gruźlicy jest dotychczas zagadnieniem spornem.

Jedni autorzy twierdzą, że usposobienie takie wcale nie istnieje, i że fakt częstszego zapadania na gruźlicę członków rodziny chorych piersiowo jest wynikiem jedynie bliskiego stykania się zdrowych z prątkującymi chorymi. Inni natomiast podkreślają doniosłą rolę wrażliwości osobniczej na gruźlicę. Ale i tu zdania są rozbieżne co do określenia rodzaju tego usposobienia: albowiem znowuż jedni uważają, że mamy tu do czynienia z usposobieniem niekoniecznie odziedziczalnem po rodzicach — gruźlikach, inni natomiast sądzą, że usposobienie do gruźlicy jest odziedziczalne, jako swoiste usposobienie specjalnie do tej choroby zakaźnej, gdy wreszcie inni są zdania, że usposobienie osobnicze do gruźlicy jest wyrazem odziedziczonego po rodzicach-gruźlikach nieswoistego usposobienie do chorób zakaźnych wogóle.

Spór toczy się więc zasadniczo o to, czy w zapadaniu na gruźlicę odgrywa rolę: *expositio* czy *dispositio;* zagadnienia inne dotyczą jedynie rodzaju tego usposobienia.

W pracy niniejszej nie zamierzamy bynajmniej poruszyć kwestji dziedziczenia usposobienia do gruźlicy: chodzi nam jedynie o zbadanie, w związku z grupami krwi, usposobienia osobniczego w ścisłem znaczeniu tego słowa. Wynika więc stąd, że jesteśmy zdania, iż usposobienie osobnicze do gruźlicy niewątpliwie istnieje. Za słusznością bowiem tego poglądu przemawiają takie spostrzeżenia kliniczne, jak występowanie gruźlicy u potomstwa ludzi zupełnie zdrowych oraz ciężki przebieg tej choroby pomimo doskonałych warunków materjalnych i braku innych chorób współistniejących: dalej spostrzeżenia, że w rodzinach gruźlików nie wszystkie dzieci zapadają na tę chorobę pomimo, że wszystkie znajdują się w jednakowo niekorzystnych warunkach. Takie obserwacje, poczynione nad rodzinami gruźlików, świadczą więc dowodnie o tem, — *że warunkiem zachorowania na gruźlicę jest nietylko obecność źródła zakażenia, ale że musi istnieć jeszcze usposobienie osobnicze do tej choroby.*

Pojęcie usposobienia osobniczego pokrywa się zupełnie z pojęciem konstytucji.

Bauer podkreśla, że zbadanie, czy i o ile pewne cechy osobnicze wpływają na powstanie jakiegoś schorzenia, czy też sprzyjają rozwojowi cierpienia — należy zarówno do nauki o konstytucji, jak i do badań nad usposobieniem *(dispositio).* Konstytucję określają jednak różni autorowie w sposób odmienny. Bauer np. określa konstytucję, podobnież jak Tandler, jako zespół wrodzonych cech osobniczych; cechy nabyte określają jako kondycję. Z autorów polskich np. Hirszfeld daje podobne określenie konstytucji: „Konstytucjonalizm opiera się na cechach stałych i dziedzicznych". — Osobiście skłaniamy się za Martius'em i Lubarsch'em, do ogólnego ujęcia konstytucji, jako cechy organizmu, „od której zależy jego swoista reakcja (sposób oddziaływania) na bodźce zewnętrzne".

Do cech osobniczych, wrodzonych i odziedziczalnych, należą grupy serologiczne krwi: są to zatem cechy konstytucjonalne wg. Hirszfelda. Badania Hirszfeldów i Brokmana wykazały, że usposobienie do zakażenia błoniczego, t. j. wrażliwość na jad błoniczy, znajdująca swój wyraz w dodatnim odczynie Shick'a, dziedziczy się wraz z grupą krwi. W ten sposób udowodniono poraz pierwszy, że usposobienie danej jednostki do pewnej choroby dziedziczyć można z własnościami osobniczemi, związanemi z grupami krwi. Badania autorów tych wykazały jednak zarazem, że to odziedziczalne usposobienie nie zależy od jakiejś specjalnej grupy krwi; że dzieci, posiadające grupę krwi rodzica z dodatnim Schicki'em, są specjalnie wrażliwe na jad błoniczy; grupa ta jednak jest różna w różnych rodzinach, a przeto mowy tu niema o sprzężeniu usposobienia osobniczego z pewną stałą cechą krwi.

Również Fürst w niedawno ogłoszonej pracy wypowiada pogląd, że badanie związku między grupami krwi, a usposobieniem do pewnych chorób należy prowadzić wyłącznie w kierunku badań nad jednoczesnem dziedziczeniem tego usposobienia z grupą krwi, natomiast należy uważać za bezwzględnie chybione doszukiwanie się jakiejś wzajemnej zależności między usposobieniem osobniczem *(sensu stricto)* do danej choroby, a jedną z 4 grup krwi.

Za daleko by to nas zaprowadziło, gdybyśmy chcieli tu poddać drobiazgowej analizie zapatrywania Fürsta: wystarczy jedynie, gdy zaznaczymy, że zagadnienie związku między skłonnością osobniczą do jakiejś choroby a grupą krwi — jest niesłychanie złożone. Pomijamy już ciekawe spostrzeżenia różnych autorów o istnieniu nieodziedziczalnego usposobienia do pewnych schorzeń, a więc: spostrzeżenia Halberówny i Amselówny oraz Straszyńskiego nad trudniejszem ustępowaniem odczynu Wassermanna pod wpływem leczenia swoistego u osobników z grupą AB; dalej spostrzeżenia Wilczkowskiego o częstszem występowaniu porażenia postępującego u ludzi również z grupą AB, co świadczyłoby o tem, że u osobników z tą grupą krwi schorzenia pokiłowe występują częściej wskutek wzmożonej odporności osobistej na leczenie swoiste; wreszcie badania Gundela o usposobieniu osobników z grupą B do chorób nerwowych. Tu nam chodzi o podkreślenie, że badanie statystyczne grup krwi, np. u gruźlików, i porównanie otrzymanych wyników z liczbami, ustalonemi dla ludzi zdrowych, nawet w razie otrzymania wyników zgodnych, nie rozstrzygnęłoby stanowczo interesującego nas zagadnienia w sensie negatywnym. Bowiem ewentualny brak związku między grupą krwi, a jakiemś cierpieniem, ustalony na podstawie badań na pewnym, dość niewielkim terenie danego kraju, nie świadczy bynajmniej o niemożliwości istnienia tej zależności nietylko u ludności innego kraju (czynniki rasowe), ale i u ludności innego terenu w tem samem państwie (czynniki selekcyjne).

Czytelnika ,interesującego się bliżej temi zagadnieniami, odsyłamy do naszej pracy w Archiwum Medyc. Wewnętrznej. Podaliśmy tam dokładny plan badań, które należy przeprowadzić w celu rozstrzygnięcia zagadnienia o przypuszczalnym związku między usposobieniem osobniczem do gruźlicy, a jedną z serologicznych grup krwi.

To też praca niniejsza jest jedynie zapoczątkowaniem naszych badań w tym kierunku. Ograniczyliśmy się tu narazie tylko do przeprowadzenia u gruźlików badań statystycznych w celu orjentacji ogólnej.

Badania nasze nad grupami serologicznemi krwi u gruźlików przeprowadziliśmy na blisko 400 chorych, pochodzących z Województwa Warszawskiego: na 300 Polakach i 85 Żydach. Co się tyczy tych ostatnich, to, ze względu na niewielką liczbę przypadków, wstrzymujemy się na razie od zużytkowania tego materjału do naszych celów. Uważamy jednak za konieczne nadmienić, że stosunki procentowe poszczególnych grup krwi różnią się tu od wyników, otrzymanych u Polaków. Czy mamy tu do czynienia jedynie z czynnikami przypadkowemi, czy też z me-

Województwo Warszawskie	O		A		B		AB		Razem przypadków	Biochem. współcz.
	Liczba przyp.	%	Liczba przyp.	%	Liczba przyp.	%	Liczba przyp.	%		A+AB / B+AB
Zdrowi		32,9		**34,9**		**22,9**		9,2		(norm) **1,6**
Gruźlicy	92	30,7	142	**47,3**	41	**13,7**	25	8,3	300	(patol) **2,5**
Odchylenie od normy		−2,2		+12,4		−9,2		−0,9		+0,9

mentami rasowemi — trudno nam narazie powiedzieć o tem coś stanowczego ze względu na szczupłość materjału.

Natomiast o wiele wyraźniej przedstawiają się stosunki grup krwi u Polaków. Stosunki te są uwidocznione w załączonej tablicy.

Z tablicy tej widzimy, że grupy O i AB wykazują wartości procentowe, zbliżone do normalnych (stosunki procentowe poszczególnych grup krwi u ludności zdrowej Woj. Warsz. podane są według Halberówny i Mydlarskiego). Natomiast grupa B wykazuje zmniejszenie na korzyść grupy A. Grupa B na naszym materjale gruźliczym jest o 9,2% mniejsza od grupy B u ludzi zdrowych. Grupa zaś A u gruźlików jest o 12,4% większa od grupy A u zdrowych.

Dlatego też, gdy u ludzi zdrowych grupa A jest jakie $1\frac{1}{2}$ razy liczebnie większa od grupy B (34/22), to u naszych gruźlików A jest prawie $3\frac{1}{2}$ razy większe od B (47/13).

Ta przewaga grupy A nad B znajduje wyraz również w biochemicznym współczynniku rasowym Hirszfeldów. Współczynnik ten, określający stosunek wszystkich A do wszystkich B, wyraża się ułamkiem: $\frac{A+AB}{B+AB}$ i wynosi dla ludności polskiej (Woj. Warsz.) $\frac{34,9+9,2}{22,9+9,2} = \mathbf{1,6}$

Natomiast dla gruźlików, z zastrzeżeniem pewnem ze względu na liczbę zbadanych przypadków, wynosi on:

$$\frac{47,3 + 8,3}{13,7 + 8,3} = \mathbf{2,5}$$

Jakkolwiek zdajemy sobie doskonale sprawę z tego, że 300 przypadków nie może jeszcze stanowczo rostrzygnąć tego zagadnienia, jednak czujemy się z różnych względów za uprawnionych do ogłoszenia naszych wyników. Czynimy to po pierwsze dlatego, że już po zbadaniu pierwszych 50 przypadków poczyniliśmy spostrzeżenie, że grupa A przeważa nad grupą B u Polaków-gruźlików w stopniu o wiele większym, niż u ludzi zdrowych tej narodowości. Przewaga ta grupy A zachowała się również po zbadaniu osób trzystu. Wydaje się więc prawdopodobnem, że przypadek odgrywa tu już mniejszą rolę. Dalej, chodziło nam o to, aby zachęcić lekarzy poradni i uzdrowisk przeciwgruźliczych, rozporządzających dużym materjałem klinicznym, a więc znajdujących się w korzystniejszych od nas warunkach, do przeprowadzenia badań analogicznych. Tylko zbiorowy wysiłek wielu autorów umożliwi ostateczne rozstrzygnięcie zagadnienia, czy faktycznie istnieje związek między usposobieniem osobniczem do gruźlicy a jedną z 4 grup krwi — i czy grupa ta będzie jednakowa w różnych województwach Polski.

Uważamy za miły obowiązek, jak to uczyniliśmy już obszerniej w swej pracy archiwalnej, podziękować również na tem miejscu: P. Dr. Wilczkowskiemu za dokładne zapoznanie jednego z nas (Świder) z metodyką określania grup krwi — oraz Panom Kierownikom i Ordynatorom szpitali, oraz uzdrowisk i przychodni przeciwgruźliczych, którzy umożliwili nam przeprowadzenie badań na swych chorych.

Piśmiennictwo szczegółowe podane będzie w odnośnej pracy naszej w Polsk. Arch. Med. Wewnętrznej.

Praca niniejsza była już ukończona, gdy P. Dyr. Hirszfeld zwrócił naszą uwagę na badania Alperina. Autor ten również stwierdził, że grupa A usposabia do gruźlicy, znalazł bowiem, że w 3-im okresie wg. Turbana grupa A przeważa o 9,8% nad tą grupą w okresie 1-ym. Dalej przekonał się Alperin o tem, że w postaciach złośliwych gruźlicy grupa A występowała liczniej, bo o 14,6% więcej, niż w postaciach dobrotliwych.

Z zestawienia wyników badań naszych z badaniami Alperina możnaby wnioskować, że ludzie z grupą krwi A nietylko są bardziej od innych usposobieni do gruźlicy, — ale również i to, że gruźlica u nich przebiega w sposób bardziej złośliwy, niż u ludzi z innemi grupami.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Witold MITKUS. Warszawa.

Psychozy poporodowe.

Z kliniki psychjatrycznej Uniw. Warszawskiego.
Dyr.: Prof. Dr. Jan Mazurkiewicz.

Dokończenie.

Przechodząc do szczegółowszego rozpatrzenia materjału kliniki Psychjatrycznej, tyczącego się przypadków rozpoznanych jako psychozy połogowe lub laktacyjne, muszę zaznaczyć, że zgodnie z licznymi autorami, za psychozę połogową uważaliśmy psychozę powstałą przed upływem 6 tygodni od chwili porodu, to znaczy do terminu zwinięcia się macicy, przyjętego przez ginekologów. Dla psychoz laktacyjnych przyjmujemy termin od 6 tygodni z równoczesnym warunkiem, że chora przed wybuchem psychozy karmiła. Przypadków splątania połogowego (50) mieliśmy prawie dwa razy więcej, aniżeli laktacyjnego (28).

Wśród przypadków splątania połogowego przeważał typ czysto majaczeniowy — 30 przypadków, typ z zahamowaniem był nieco rzadszy — 20 przypadków. Natomiast wśród przypadków splątania laktacyjnego stosunek jest wprost odwrotny: typ majaczeniowy w 12 przypadkach, zaś typ z zahamowaniem w 16 przypadkach. Czy ten odwrotny stosunek ma jakieś trwalsze uzasadnienie, czy też jest tylko rzeczą przypadkową, tego nie potrafimy dziś stwierdzić.

Statystyka 50 chorych na splątanie połogowe pod względem zejścia wykazuje: zdrowych — 22, wypisanych z polepszeniem 21, oraz 3 przypadki o zejściu nieznanem, gdyż chore zostały wypisane po krótkim pobycie w klinice, w stanie ostrego trwania psychozy, przyczem wiadomości o dalszym losie tych chorych nie udało się otrzymać.

Zgonów było 4, (czyli przeszło 5%), z tego 3 z powodu zapalenia płuc, które wystąpiło w ostrym okresie choroby, oraz 1 przypadek zejścia śmiertelnego z powodu zakażenia krwi połogowego.

28 przypadków psychoz laktacyjnych dało następujące zejście: zdrowych — 12, wypisanych z polepszeniem — 8, przedwcześnie wypisanych — 7 (brak wiadomości), 1 zejście śmiertelne z powodu zapalenia płuc.

Komentując tę statystykę muszę zaznaczyć, że określenie zdrowa, dawano takiej chorej, której świadomość przebytej choroby umysłowej była już w chwili wypisywania z kliniki jasna, lub chorej, którą wypisywano jeszcze w okresie mniej lub więcej ostrym, ale późniejsze informacje potwierdzały, że chora jest w stanie zupełnego zdrowia.

Określenie „wypisana z poprawą" dawano wtedy, kiedy jeszcze nie można było dać bez żadnych zastrzeżeń w chwili wypisywania określenia „zdrowa", chociaż poprawa była normalnie przebiegającem zdrowieniem, polegającem na ustępowaniu objawów psychozy, bez żadnych dołączających się lub przedłużających się elementów patologicznych innych, któreby mogły wskazywać na rozwijanie się innej psychozy.

Dużą lukę w tej statystyce stanowi rubryka „brak wiadomości"; pomimo starań, informacyj o chorych z tej rubryki nie udało się otrzymać.

Mam jednak głębokie przekonanie, że wszystkie chore, wypisane z poprawą, w domu powróciły do zdrowia, gdyż wszystkie otrzymane odpowiedzi od chorych, wypisanych w okresie jeszcze trwania ostrych objawów, donosiły zawsze o powrocie do zupełnego zdrowia; można zresztą przypuszczać, że gdyby wyzdrowienie w domu nie nastąpiło, wiele z tych chorych, powróciłoby do kliniki, jak to nieraz zdarzało się z choremi, które zachorowały powtórnie po nowym porodzie lub nowej laktacji.

Pod względem obarczenia dziedzicznego stwierdzono: u 15 chorych alkoholizm ojca, u 12 chorych obarczenie psychozami ze strony matki lub jego rodzeństwa, i u 8 chorych — ze strony ojca lub jego rodzeństwa. Wśród ostatnich 20 przypadków stwierdzono w 4 przypadkach alkoholizm w linji męskiej i psychozy w linji żeńskiej, w 2 przypadkach psychozy w obydwu linjach, oraz w 2 przypadkach stwierdzono padaczkę u rodzeństwa. W jednym przypadku stwierdzono, że matka chorej przechodziła psychozę połogową po 4-tem dziecku, córka zaś jej przechodziła również psychozę połogową również po 4-em dziecku.

Rozpatrując materjał nasz pod względem konstytucji psychicznej, naogół nie znajdujemy jakiejś wybitniejszej konstytucji schizoidalnej lub syntonicznej. Nawet ta część chorych z ostatnich lat, kiedy na konstytucję psychiczną przy zbieraniu wywiadów baczniejszą zwracano uwagę, nie daje wyraźniejszych sylwetek pod względem konstytucjonalnym. Dla scharakteryzowania usposobienia psychicznego chorych przed wybuchem choroby użyję określeń rodzin, podających wywiady, gdyż określenia te powtarzają się. A więc z określeniem „dobra, łagodna, pracowita" była 14 chorych; „wesoła, towarzyska" — 6, „prędka, nerwowa" — 8, „ruchliwa, przedsiębiorcza, gospodarna" — 4, podejrzliwa, nietowarzyska" — 3. W 5 przypadkach określono usposobienie jako „normalne". Gdybyśmy z tych niedostatecznych określeń koniecznie chcieli wyciągnąć jakieś wnioski, to większość chorych, podpadałaby pod konstytucję, która odpowiada raczej może konstytucji syntonicznej. Przy tym punkcie muszę stwierdzić, że nasze obserwacje tylko w bardzo niewielu przypadkach potwierdzają wnioski niektórych autorów, którzy mówią, że okres laktacji usposabia

do wybuchu schizofrenji, lub psychozy ma.-depres. u osobników z odpowiednią konstytucją psychopatyczną. Jak widzieliśmy powyżej, olbrzymia większość naszych chorych żadnych dalej posuniętych wybujałości konstytucyjnych nie wykazywała.

Na specjalną uwagę zasługuje zebrana wśród naszych chorych statystyka schorzeń fizycznych w przebiegu psychoz poporodowych. Ogólnie wynosi ona 50% chorych. Szczegółowiej przedstawiona wykazuje: 11 przypadków z wysokiemi ciepłotami i krwotokami po porodzie; 13 przypadków ze schorzeniem serca i nerek: 5 — ze sprawami ropnemi zewnętrznemi; 4 — ze schorzeniem wątroby (cukromocz), 2 — ze sprawami gruźliczemi: 2 — po infekcyjnych chorobach, przebytych bezpośrednio przed porodem, 2 — z wybitniejszem wyniszczeniem ogólnem. Stwierdzenie schorzenia fizycznego po porodzie uważam za moment ważny przy powstawaniu psychozy poporodowej, i w dalszej części pracy tej powrócę do niego.

Podnoszone przez niektórych dawnych autorów twierdzenie, że psychozy poporodowe częściej zdarzają się u „pierworódek", w naszej statystyce nie sprawdza się, gdyż ilość pierworódek, wynosiła 24%.

Ogólnie omawiając materjał poporodowy kliniki, muszę zaznaczyć, że dostają się do nas tylko cięższe przypadki w stanie ostrej, trwającej już jakiś czas psychozy, wskutek tego już zaznaczyłem, nie mieliśmy możności obserwowania przypadków o krótkim, kilkodniowym przebiegu, o których wiemy, że nierzadko zdarzają się.

Przechodząc do etjologji psychoz poporodowych; w pierwszym rzędzie nasuwa się pytanie, dlaczego jedne położnice zapadają na psychozy po porodzie, a inne nie. Odpowiedzieć na po pytanie w sposób definitywny nie możemy. Jednakowoż stwierdzić należy, że w powstawaniu ostrych splątań poporodowych zdają się grać dużą rolę te same czynniki, które i poza sprawami poporodowemi najczęściej wywołują ostre splątanie, a więc, z jednej strony zakażenia, zatrucia, wyczerpanie, czyli szkodliwości zewnętrzne, zaś z drugiej strony mniejsza odporność układu nerwowego środkowego z powodu obarczenia dziedzicznego. Łapiński we wnioskach swej pracy „O zaburzeniach psychicznych w chorobach zakaźnych" mówi: „Zaburzenia psychiczne należy traktować łącznie z funkcjami całego organizmu", gdyż „działalność narządów wewnętrznych odbija się w ten lub ów sposób na psychice".

Bonhoeffer mówi, że amencje powstają w przewlekłych kacheksjach i stanach anemicznych a widzieliśmy, że i dawniejsi autorowie za przyczynę powstawania psychoz laktacyjnych uważali wyniszczenie chorej w okresie karmienia i jako dowód przytaczali fakt, że psychoza laktacyjna spotyka się zwykle wśród ludzi niezamożnych. Pogląd ten potwierdza się w naszym materjale, nasze chore pochodziły z warstw niezamożnych.

Nasza statystyka stwierdza, jak widzieliśmy w 50% przypadków obecność szkodliwości fizycznych i w 45% wpływ szkodliwy ze strony rodziców na odporność psychiczną naszych chorych.

Czy w powstawaniu splątań poporodowych dużą role gra konstytucja psychopatyczna? Odpowiedzi stwierdzającej na to pytanie materjał nasz nie daje, gdyż konstytucję, mogącą uchodzić za wyraźnie schizoidalną stwierdziliśmy zaledwie w 3 przypadkach, konstytucja pozostałych chorych nie daje prawa do wyciągnięcia dalej idących wniosków. Ten niewielki wpływ czynnika konstytucyjnego w znaczeniu syntonicznem lub schizoidalnem ma swoje znaczenie różniczkowe w psychozach poporodowych, gdyż przemawia również za wyodrębnieniem ich w odmienną jednostkę chorobową, w której zewnętrzny czynnik chorobotwórczy gra wybitną rolę w przeciwieństwie do schizofrenji i psychozy man. depr., w których przeważa czynnik konstytucjonalny. Rzecz prosta, że fakt powyższy bynajmniej nie wyłącza uznania konstytucjonalnie słabszej odporności ośrodkowego układu nerwowego w przypadkach splątań poporodowych, które przecież nie u wszystkich kobiet rodzących występują.

Odrębność obrazu klinicznego i przebiegu psychoz poporodowych od zwykłych schizofrenji starałem się wykazać poprzednio. Pozostaje jeszcze różniczkowanie psychoz poporodowych od aktualnych dzisiaj schizofrenji objawowych. Jeżeli sięgniemy w dziedzinę obarczenia dziedzicznego, to musielibyśmy przynajmniej w niektórych naszych przypadkach splątań poporodowych, gdyby one były psychozami schizofrenicznemi, stwierdzić rodzinne obarczenie homologiczne, a więc przypadki schizofrenji lub ciężkich schizopatyj. W naszym przypadku splątań poporodowych nie znaleźliśmy ani jednej takiej rodziny, chociaż musimy przyznać, że ten materjał mało się nadawał do tego rodzaju badań rodzinnych, gdyż w przypadkach istniejącego obarczenia nie można było bliżej określić psychoz, spotykanych w rodzinach naszych chorych. Dowodem jednak, że psychozy poporodowe rzadko występują w ciężko obarczonych rodzinach, o licznych przypadkach schizofrenji lub psychozy man. depr., są 3 rodziny, opisane przez prof. Borowieckiego, a także 10 rodzin, opisanych przez Brunową, w których znajduje się zaledwie jeden przypadek psychozy, mogącej uchodzić za poporodową, przyczem diagnoza tego przypadku nie jest zupełnie pewna, gdyż autorka zaliczyła go do psychozy nieznanej.

Porównanie obrazu zwykłego splątania poporodowego z obrazem schizofrenji objawowej stwierdza, że w tej ostatniej istnieje wyraźna przewaga elementów schizofrenicznych nad innemi. Dowodem tego są przypadki Bychowskiego i nasze.

Nasze przypadki schizofrenji, powstałej po porodzie, chociaż niektóre zaczynały się od stanu majaczeniowego, lub miały momenty majaczeniowe, jednakowoż należy rozpatrywać z tego stanowiska, że szkodliwość „toksyczno-infekcyjna wywoływała schizofrenję tylko dzięki istniejącemu przedtem podłożu niedomogi konstytucjonalnej", mówiąc słowami prof. Mazurkiewicza. Przypadki te w naszym materjale przechodziły w zwykły obraz przewlekłej schizofrenji.

Porównanie obrazu klinicznego splątań poporodowych z obrazem splątań, powstających jednorazowo, np. po gwałtownych wstrząsach, jak trzęsienie ziemi, amencje wojenne i t. p., wykazuje niemożliwość ich zróżniczkowania. O patogenezie tych dwóch kategoryj splątań M-lle Pascal i M. Davesne wyrażają przypuszczenie, że psychozy poporodowe są objawem szoku proteinowego i anafilaksji psychicznej, zaś psychozy urazowe, wojenne, wstrząsowe, są zespołami psychokolloidoklazyjnemi, wywołanemi przez szok postaciowy.

Trudno jest dzisiaj powiedzieć, czy to przypuszczenie p. Pascal i Davesne'a jest uzasadnione. Stany ostrego splątania o bardzo zbliżonej symptomatologji występują w tak bardzo różnorodnych podstawowych sprawach chorobowych, że z góry można przypuszczać, że i mechanizm ich powstawania również nie jest zawsze jednakowy, że n. p. mechanizm powstawania ostrego splątania po wstrząsie psychicznym jest inny, aniżeli przy ostrej sprawie zakaźnej, albo przy ostrym splątanicznym początku porażenia postępującego.

Tak więc pojęcie amencji czyli splątania, użyte bez żadnego przymiotnika, musimy już dzisiaj uważać oczywiście nie za odrębną jednostkę chorobową, jak za czasów Maynerta, ale za stan, mogący występować w różnych jednostkach klinicznych, a więc analogicznie do pojęcia np. padaczki, stanu maniakalnego, katatonicznego, dementywnego i t. d. musimy tak samo, jak w tych ostatnich dążyć do poznania ich lokalizacji i ich patogenezy.

Umiejscowienie zaburzeń splątaniowych w korze mózgowej nie ulega wątpliwości. J. Lépine mówi, że „ostre splątanie ogarnia całość objawów chorobowych, związanych z ostrą i przejściową niedomogą ośrodków korowych, niedomogą, ograniczającą się tylko do najsubtelniejszych części czynności psychicznych i nie naruszającą wcale tego mechanizmu, który w braku lepszego określenia nazywamy „niewiadomym". Ten sam autor mówi w innem miejscu, że „każdy stan splątania ostrego jest zapaleniem mózgu. W przypadkach najłagodniejszych cierpi tylko odżywianie komórek mózgowych, zaś z punktu widzenia fizjologicznego i psychologicznego splątanie przesłania niedomogę mózgową, bo mózg może tak samo wykazywać ostrą niedomogę, jak i inne narządy". Pomijając trudne bodaj do uzasadnienia twierdzenie Lépine'a że „każdy stan ostrego splątania jest zapaleniem mózgu", należy uznać za trafny jego pogląd na splątanie jako na ostrą niedomogę ośrodków korowych. Wprawdzie sekcja znajduje najczęściej w splataniu pozakaźnem tylko przekrwienie opon lub mózgu, albo ich anemizację, zaś Oesterlin (cytowany przez Łapińskiego w jego streszczeniu zbiorowem) na 11 przypadków zaburzeń psychicznych w przebiegu influenzy tylko w 6 znalazł równoległość napięcia zmian klinicznych do anatomicznych, w dwuch przy słabych objawach klinicznych występowały wybitne zmiany anatomiczne, zaś w 3 innych nie znalazł Oesterlin wogóle żadnych zmian anatomicznych, ale jednak zarówno te przypadki, jak i przypadki typowych splątań przy zapaleniu opon miękkich o etjologji kiłowej lub innej, świadczą naogół w sposób niewątpliwy, że w cięższych przypadkach splątań mamy istotnie do czynienia z rozlanym procesem zapalnym w korze mózgowej, lub w oponach i w korze, zaś w lżejszych przynajmniej z ich przekrwieniem lub anemizacją, a czasem i z wybitnemi zmianami anatomicznemi. Zdaje się zatem, że napięcie objawów klinicznych zależy nie tylko od stopnia zmian anatomicznych, ale jeszcze od jakiegoś, czy jakichś innych czynników, które i tu możnaby określić dość zresztą mglistem pojęciem „odporności czynnościowej mózgu".

Różnorodność zmian anatomicznych, stwierdzanych w splątaniu nawet poinfekcyjnem, ułatwia nam do pewnego stopnia zrozumienie faktu klinicznego polegającego na występowaniu podobnych obrazów splątania nie tylko przy zatruciach lub samozatru-

ciach, ale także w przypadkach, w których niema żadnego zakażenia i żadnego zatrucia, — a więc w przypadkach charłactwa, wstrząsu fizycznego i psychicznego, na szczycie podniecenia maniakalnego i t. d. Niedostateczne odżywianie, wstrząs fizyczny, a nawet wstrząs psychiczny i nadmierny nawał dopływających wrażeń psychorganicznych mogą tak samo, jak zakażenie i zatrucie, doprowadzić do „ostrej niedomogi ośrodków korowych", o której mówi Lépine, jeżeli istnieje konstytucjonalna mniejsza ich odporność. Można powiedzieć, że chorobowy stan splątania ma swój analogon w psychologji fizjologicznej, mianowicie gwałtownych wzruszeń, których silna i daleko idąca irradjacja w ośrodkowym układzie nerwowym powoduje zaburzenie spokojnego biegu myśli i orjentacji, przyćmienie i zwężenie pola świadomości, niedokładność lub nawet zafałszowanie spostrzegania i zapamiętywania, a więc w lekkim stopniu wszystkie te same podstawowe objawy, które w silniejszem napięciu, w przypadkach patologicznych, składają się na zespół splątania ostrego. Jest rzeczą zupełnie prawdopodobną, o ile można wnioskować ze znanych objawów wegetatywnych, a w szczególności naczynioruchowych, że nawet przy najlżejszych, owych fizjologicznie wzruszeniowych postaciach tego zespołu (strach, gniew), mamy do czynienia z przejściowym, krótkotrwałym stanem tego samego przekrwienia i anemizacji mózgu, które jako stany bardziej trwałe znajdowane były najczęściej nawet przy splątaniach poinfekcyjnych.

Tak więc, zdaje się że można zaryzykować twierdzenie, które na pierwszy rzut oka może się wydawać paradoksalnem: że zespół ostrego splątania jest objawowo i genetycznie bliższy do fizjologicznego silnego wzruszenia, np. gniewu lub strachu, aniżeli do schizofrenji lub psychozy maniak.-depresyjnej, w których zresztą może również występować epizodycznie, jako objaw zaostrzenie stanu, doprowadzającego do zamroczenia świadomości i innych objawów zespołu splątaniowego, wskazującego istotnie na ogólną, rozlaną ostrą niedomogę ośrodków korowych. Z tego punktu widzenia staje się bardzo zrozumiałem czemu obraz splątania występuje w tak bardzo pod względem etjologicznym, anatomo-patologicznym i klinicznym rónorodnych sprawach chorobowych, a także czemu występuje tylko w początkowym, ostrzejszym okresie niektórych przewlekłych, rozlanych spraw oponowych i mózgowych (*leptomeningitis luetica convexitatis*, porażenie postępujące) albo niekiedy i takich spraw, jak schizofrenja przewlekła, w której dalszym przebiegu splątanie bez przyczyn zewnętrznych nie występuje.

Jest rzeczą ciekawą, że ostre splątanie, które w słabszem lub silniejszem napięciu nierzadko inicjuje przewlekły proces schizofreniczny, nigdy w analogiczny sposób nie inicjuje endogennego ataku maniakalnego lub melancholicznego (pomijając niektóre ataki, wywołane przez silny wstrząs, lub powikłanie jakiemś zakażeniem lub zatruciem), w przebiegu których na szczycie ich napięcia może owszem występować.

Na poparcie stanowiska Bleulera nieistnienia splątania poporodowego jako odrębnej jednostki i zaliczenia go do grupy schizofrenicznej lub maniak.-depresyjnej, moglibyśmy istotnie podać przykłady z naszego materjału klinicznego, zaczynające się od splątania i kończące na schizofrenji przewlekłej; moglibyśmy jeszcze na upartego nawet uznać ,że przypadek 6, zaliczony przez nas do perjodycznie powtarzającego się splątania, mógłby być kwestjonowany przez kogoś innego i zaliczony do perjodycznej schizofrenji. Jednakże w ogromnej większości naszych splątań poporodowych nie było literalnie żadnych cech schizofrenicznych; pozostawałaby zatem tylko druga alternatywa, zaliczenia ich do psychozy maniak.-depresyjnej. Ale tutaj, pomijając już poprzednio omówione stosunki dziedziczenia, przemawiające kategorycznie przeciwko takiemu przypuszczeniu, pomijając z drugiej strony odrębność zespołów objawowych, gdyż musimy uznać, że w dość rzadkich przypadkach psychoza maniak.-depresyjna ma postać endogennie występujących ataków maniakalno-splątaniowych, że w żadnym z naszych przypadków splątanie poporodowe nie przechodziło w typowy obraz manji albo w typowy obraz melancholji, jak niekiedy przechodziło w typową schizofrenję, a także najczęściej nie wykrywało nawet żadnego trwalszego zaburzenia manjakalnego lub melancholicznego. Jeżeli do tego dodać, że w ogromnej większości nasze przypadki splątania poporodowego występowały pojedynczo, a nie wielokrotnie i że w 50% przypadków stwierdziliśmy szkodliwości fizyczne mogące wywołać splątanie, to dojdziemy do wniosku, że splątanie poporodowe nie tylko pod względem symptomatologicznym i przebiegu, ale pod względem etjologicznym stoi bardzo blizko splątania poinfekcyjnego, a natomiast daleko od psychozy maniakalno-depresyjnej.

Wzajemny stosunek tych spraw chorobowych zdaje się wyjaśniać nieco dokładniej, jeśli staniemy na gruncie nowszych hipotez, dążących do uznania psychozy maniak.-depresyjnej za cierpienie układu neuroglandularnego, zaś schizofrenję za cierpienie neencefalicznego układu roślinnego (J. Mazurkiewicz). Mianowicie z tego punktu widzenia staje się zrozumiałym fakt, że w przypadkach poinfekcyjnych albo poporodowych z typowem ostrem splątaniem, to ostatnie, jako sprawa rozlana, ale uleczalna, może ustępować z wyjątkiem tego jedynego układu psycho-mózgowego, który jest z założenia swego mniej odporny i którego trwałe zmiany dają przewlekły obraz schizofrenji, zupełnie tak samo, jak w przypadkach porażenia postępującego lub *meningoencephalitis luetica*, zaczynających się od splątania, pozostaje wskutek nie układowych ale rozlanych i trwałych zmian obraz otępienia psychicznego. I odwrotnie — jest rzeczą zupełnie niezrozumiałą, że w przypadkach poinfekcyjnych i poporodowych ostre splątanie nie przechodzi nigdy w typowy obraz manji albo melancholji, a to mianowicie dlatego, że siedliskiem ostrego splątania jest kora mózgowa, zaś siedliskiem psychozy maniak.-depresyjnej — układ neuroglandularny.

Wnioski:

1. Ostre splątanie czyli amencja jest stanem zdarzającym się w bardzo różnorodnych jednostkach klinicznych.
2. W okresie poporodowym ogromną większość psychoz stanowią ostre splątania (amencje) tworzące tu odrębną jednostkę chorobową; znacznie rzadziej zdarza się psychoza maniakalno-depresyjna i schizofrenja.
3. Splątanie poporodowe pod względem etjologji, symptomatologji i przebiegu stoi bardzo blisko splątań po zakażeniach, zatruciach, samozatruciach i w ciężkich stanach charłactwa.
4. W przeciwieństwie do psychozy maniakalno-depresyjnej i do schizofrenji, w splątaniu poporodowem szkodliwości zewnętrzne grają znacznie większą rolę, aniżeli czynniki endogenne. W splątaniu poporodowem rzadko daje się stwierdzić wyraźną konstytucję schizoidalną lub syntoniczną.
5. W przeciwieństwie do psychozy maniakalno-depresyjnej i schizofrenji, które zdają się być sprawami układowemi, ostre splątanie jest przejawem ogólnej ostrej niedomogi ośrodków korowych, wywołanej rozlanemi zmianami w korze mózgowej.

Piśmiennictwo:

H. Hartman u. P. Schilder: Zur Klinik und Psychologie der Amentia. Monatschrift f. Psych. und Neurol. 1924. — Ostankow: Zur Klinik der Amentia. Zeitschr. f. ges. Neurol. u. Psych. 1925. — Kraepelin: Lehrbuch der Psychiatrie. 1910 r. — Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie 1920 r. — J. Mazurkiewicz: Syntonja i schizoid. Rocznik psychjatryczny 1926. — M. Brunowa: Obarczenie dziedziczne 3-rodzin — tamże. — G. Bychowski: Zespoły schizofreniczne i parafreniczne — tamże. — J. Żdanow: Psychoses puerperales. Moskwa 1896. — P. Kowalewskij: Puerperalnyje psichozy. Charków 1894 r. — K. Bonhoeffer: Infektionspsychosen. Handbuch d. Psychiatrie 1915 r. — J. Lepine: Troubles mentaux de guerre. 1917 r. — M-lle Pascal et J. Davesne: „Anaphylaxie mentale spontanée psychocolloidoclasies, constitution psychopatiques et phenomenes de sentibilisation". Presse Médicale 1925. — Stracker-Ebaugh: Psychoses in Puerperium. Archives of Neurology and Psychiatry 1926. — T. Łapiński: Zaburzenia psychiczne w chorobach zakaźnych. Nowiny Lekarskie 1925. — J. Mazurkiewicz: O abijotroficznym poglądzie na schizofrenję. Rocznik Psychjatryczny. Zeszyt V.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Jan JANKOWSKI. St. asystent kliniki. Lwów.

O efedrynie i efetoninie w leczeniu dychawicy oskrzelowej.

Z II Kliniki chorób wewnętrznych Uniw. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Efedryna jest to alkaloid z rośliny *Ephedra vulgaris helvetica*, pod względem chemicznym *N. methyl-phenyl-propanolamin*, a więc o wzorze chemicznym bardzo podobnym do adrenaliny. Alkaloid ten znanym był od dawna, lecz w lecznictwie do prawie ostatnich czasów nieuwzględniany. *Chou* w ostatnich czasach komunikuje, że udało się mu wyosobnić z rośliny chińskiej Ma + Huang zasadę, działającą w podobny sposób do adrenaliny. Roślina ta jednak okazała się identyczną z *Ephedra vulgaris helvetica* względnie z *Ephedra equisetina*.

Jak badania farmakologiczne przeprowadzone na zwierzętach dowiodły, działanie efedryny jest pod względem jakościowym (analogicznie do podobieństwa chemicznego) bardzo podobne do działania adrenaliny. (Nagel). Jest to lek tak, jak adrenalina wybitnie sympatikomimetyczny z tym samym punktem zaczepie-

nia *(myoneural junction)* a więc tak samo jak adrenalina: podnosi ciśnienie krwi, podnosi poziom cukru we krwi, przyśpiesza akcję serca, wzmacnia skurcze macicy, rozszerza źrenicę, powoduje zwiotczenie mięśni oskrzeli, znosi skurcz tych mięśni (n. p. wywołany przez muskarynę). Oddechanie podnieca centralnie. Toksyczne dawki powodują wprost przeciwnie: porażenie oddechania, na sercu zaś arytmię. Toksyczność naogół nie wielka; w odróżnieniu od adrenaliny, charakterystycznem dla efedryny jest to, że działa ona w podawaniu doustnem po wchłonięciu się z przewodu pokarmowego. Próbowano swojego czasu umożliwić wchłonięcie się adrenaliny z przewodu pokarmowego i w ten sposób umożliwić jej działanie przez dodatek saponin (Kolfer, Lasch, Berger), lecz metoda ta jako zawodna nie znalazła szerszego zastosowania. Efedryna natomiast jakkolwiek może tu nie rozwija pełni działania, to jednak wywiera bardzo wybitny charakterystyczny i zbawienny wpływ. I to jest jej pierwszą zaletą. A dalej adrenalina działa odrazu gwałtownie, lecz działanie to szybko również gwałtownie opada wywołując nieraz fazę ujemną o wprost przeciwnych skutkach, o cechach parasympatikotonicznych. W przeciwieństwie do tego efedryna działa co prawda znacznie słabiej, jednak rozwija to działanie łagodnie, a co ważniejsze trwa ono znacznie dłużej i przechodzi również bardzo powoli, a tem samem możliwość wystąpienia fazy ujemnej jest znacznie mniejsza. To dłuższe trwanie i łagodność działania jest drugą ważną zaletą efedryny i stanowi w lecznictwie jej względną wyższość nad adrenaliną.

Jak już wyżej wspomniałem, alkaloid z *ephedra vulgaris helvetica* znanym był już od dawna, jednak dopiero Miller w Ameryce, a niezależnie od niego Pollak i Robitschek we Wiedniu, a za nimi Hess, Kammerer i Jamsen wprowadzili efedrynę do lecznictwa. Produkcją tego leku zajęła się firma E. Merck, która dostarcza go jako chlorowodorek alkaloidu z *Ephedra vulg.* pod nazwą efedryny w postaci kołaczyków po 0.05.

Trudności w otrzymaniu potrzebnej rośliny i zbyt wysoka cena skłoniły wzmiankowaną firmę do sporządzenia tej substancji na drodze syntetycznej. Obecnie chlorowodorek tego syntetycznego produktu pod nazwą efetoniny znajduje się w handlu w postaci kołaczyków po 0.05 i sterylizowanych roztworów w 1 cm³ ampułkach po 0.05 efetoniny do zastrzyków.

Skład chemiczny efetoniny jest zupełnie ten sam co efedryny. Różnią się te dwie substancje tem, że o ile efedryna w roztworze jest optycznie czynną, a mianowicie prawoskrętną, to efetonina jest optycznie nieczynna. Kreitmair przeprowadził szereg badań na zwierzętach w celu przekonania się, czy istnieją jakieś różnice w formakodynamicznem działaniu efedryny i efetoniny i przekonał się o zupełnej identyczności działania obu tych leków.

Zaraz po ukazaniu się efedryny, a potem efetoniny klinika lek. Uniw. lwowskiego zajęła się wypróbowaniem tych leków przedewszystkiem w przypadkach dusznicy oskrzelowej.

Ocena jakiegokolwiek leku zależy w dużej mierze i przedewszystkiem od wymagań jakie danemu lekowi stawiamy. Otóż tu już *a priori* muszę bezwzględnie podnieść, że objaw zwany dychawicą oskrzelową powstaje na tak różnorodnem tle, że odgrywają tu rolę tak różne czynniki patogenetyczne i etiologiczne i to najczęściej wielorakie, czasem dające się odkryć, często gęsto jednak przedstawiające problem b. zawiły i niezmiernie trudny do rozwiązania; nawet mechanizm powstawania samego napadu nie zawsze jest identyczny, a dalej mamy takie różne nasilenia samego schorzenia od lekkich napadów, rzadko się powtarzające, aż do stałej dusznicy *Status asthmaticus,* tak że zważywszy to wszystko, problem leczenia jest bardzo zawiły i jest rzeczą niemal nie do pomyślenia, że jakiś lek może w każdym wypadku dychawicy oskrzelowej działać równie dobrze, a tem mniej sprowadzać wyleczenie. A nadto dychawica oskrzelowa jest bardzo ściśle związaną z konstytucją, względnie skazą, a tej nam efetonina zmienić nie może. Zawsze i wszędzie musimy przedewszystkiem dążyć do wykrycia przyczyny schorzenia i do usunięcia tejże. Wartość omawianych leków możemy rozpatrywać tylko na płaszczyźnie efektywności leczenia farmakologicznego dychawicy oskrzelowej wogóle — w porównaniu z innemi lekami, a zwłaszcza z adrenaliną.

Omawiane leki stosowaliśmy w 11 przypadkach *asthma bronchiale.* W przeważnej ilości przypadków stosowaliśmy te leki tylko w celu uzyskania doraźnej poprawy, w paru przypadkach przewlocznie; działanie najlepiej zilustrują krótkie wyciągi z historji choroby tych chorych, gdzie uwzględniono tylko najważniejsze, z tematem związane momenty. Ponadto załączamy tablice najcharakterystyczniejszego zachowania się parcia krwi i obrazu hematologicznego.

1) L. p. 385. Chory K. P. lat 20 cierpi na dychawicę oskrzelową od dzieciństwa — konstrukcji słabej, stwierdzono, że odgrywają tu ważną choć nie wyłączną rolę czynniki allergiczne (kurz domowy). Astmolizyna znosi napad, działa jednak bardzo gwałtownie: bicie serca gwałtowne, ból w okolicy serca, tremor, rozstrój nerwowy, później osłabienie — ból głowy. Z początkiem napadu ½ pastylki fedryny po 30' poprawa, jednak napad nie ustępuje, w 40' druga połowa pastylki — w 15' napad ustąpił następnego dnia z początkiem napadu cała pastylka — w 20' napad ustąpił. Napady głównie w nocy — na wieczór 1 pastylka, napady nie powtarzają się. 1 dzień przerwy — napad w nocy. Dalsze podawanie zapobiega napadom. Chory wraca do domu, tu efedryna początkowo działa dobrze jednak po 10 dniach coraz słabiej — napadów nawet 2—3 pastylek nie uchyla, tylko nieco osłabia. Ponownie przyjęty do kliniki — leczony swoistemi antygenami — napady coraz słabsze w tym czasie, podawanie efetoniny z efektem nieco słabszym lecz wybitnym. Ubocznych objawów poza lekkiem podnieceniem po efedrynie niema.

Wpływ efedryny na ciałka białe:

	Ilość	Neutrofile Segm.	Neutrofile pałec.	Neutrofile młode	Eozynofile	Tuczne	Limfocyty	Monocyty
przed zażyciem	4,500	57,6	0,8	—	5,6	—	32,8	3,2
½ godziny po zażyciu	4,900	54,0	1,6	—	4,0	—	36,8	3,6
1 godzina po zażyciu	5,300	60,8	2,8	0,4	5,6	0,4	26,0	4,0
2 godziny po zażyciu	6,100	60,8	1,2	—	4,5	—	29,5	4,0

Ciśnienie krwi — efedryna doustnie:

	przed	w 15'	30'	45'	1g	1g15'	1g30'	1g45'	2g	2g 30'	3g	4g
ciśnienie krwi	90	92	110	100	110	110	114	110	110	107	105	100
tętno	68	80	80	76	76	80	76	76	76	74	74	74

Uwaga: lekkie podniecenie od 30-ej minuty do 45.

Adrenalina podskórnie (0.0166 mg na 1 kg. wagi).

	przed	po 5'	10'	15'	20'	25'	30'	35'	40'	45'	50'	55'	60'	65'	70'
ciśnienie krwi	95	110	112	109	110	116	105	102	102	95	85	80	85	92	95
tętno	70	80	84	76	76	76	80	84	82	84	84	80	80	80	80

Uwaga: od 5-tej do 40-tej minuty drżenie rąk, bicie serca. ból w okolicy serca, później osłabienie.

2). L. p. 395. Chora Z. R. lat 27. dusznica oskrzelowa od paru lat. Stwierdzono wybitny wpływ czynników allergicznych (kurz domowy), w domu silne napady prawie *„Status asthmaticus"*, w klinice napady słabe w nocy: przez 2 dni 1 pastylka efetoniny, na noc napady nie występują. 1 dzień przerwy, w nocy napad przez 3 dni, 1 pastylka efetoniny wieczór — bez napadów; później samoistnie napady ustępują. Po powrocie do domu znowu silne napady — przepisano efetoninę, która początkowo w 1 pastylce działa, znacznie obniżając duszność, po 12 dniach już nawet 4 pastylki bez efektu. Po ponownem przyjęciu na klinikę poprawa — efetonina działa, jednak słabiej.

Z powyższych obserwacji wynika, że efetonina choć początkowo działa dobrze to jednak wobec stałego, szkodliwego działania, kumulującego się, czynników allergicznych jest z biegiem czasu bezsilną.

L. p. 142. Chora L. B. lat 32. Rozpoznanie: *Asthma bronchiale in individuo nervoso cum nephritide chr.* Dychawice od 6 lat. Stan ciężki, napady gwałtowne po kilka na dobę, głównie w nocy. Pod wpływem leczenia znaczna poprawa, napady lżejsze. Wtenczas rozpoczęto podawać efedrynę, która do 30 minut powoduje znaczną ulgę, lecz nie zawsze znosi napad zupełnie. Podawanie 1 pastylki na noc — napady jeśli występują, to tylko słabe. Pod wpływem dalszego leczenia innemi środkami stan znacznie się poprawił. Po powrocie do domu początkowo poprawa się utrzymuje, jednak po miesiącu napady znowu poczynają wracać. Polecono zażywać po pół pastylki 4 razy dnia. Początkowo poprawa, jednak już po 2 tygodniach nawet 4 pastylki bez wpływu. Astmolysina w tym czasie działa dobrze.

L. p. 340. Chora J. M. lat 42. Dusznica oskrzelowa od 20 lat. Napady niezbyt silne. 1 pastylka efedryny w 20 minut przerywa napad. Polecono w razie pogorszenia się stanu zażywać 4 razy dnia po pół pastylki. Początkowo efekt dobry, po miesiącu chora zgłasza się ponownie, twierdząc, że nawet 3—4 pastylek efedryny nie sprowadza ulgi. Astmolysina w tym czasie działa dobrze, jednak na krótko, dopiero 2 ampułki astmolysiny spro-

wadzają ulgę na 6 godzin. Dalsze leczenie jodem z bardzo dobrym wynikiem.

Z powyższych obserwacji wynika, że nawet w wypadkach nie allergicznych w okresie znacznego pogorszenia efedryna zawodzi już wtedy, kiedy astmolisyna działa względnie dobrze.

L. p. 652. Chora P. B. lat 23. Dychawica oskrzelowa od lat 3. Napady nieregularnie występujące, niezbyt silne. 1 pastylka efetoniny w 15 minutach znosi napad, podobnież zapobiegając wystąpieniu spodziewanego napadu.

L. p. 668. Chory S. N. lat 25. Dychawica oskrzelowa od paru miesięcy. W domu napady gwałtowne, 2—3 dni trwająca duszność. W ciągu obserwacji klinicznej napady słabe głównie w nocy. 1 pastylka efetoniny na wieczór zapobiega napadom. W ciągu dalszego leczenia mimo tego pojawia się w nocy słaba duszność. Bez podania efetoniny duszność znacznie silniejsza.

L. p. 139. L. P. lat 18. Dusznica oskrzelowa od paru lat. Napady silne lecz rzadkie. 1 pastylka efedryny łagodzi duszność, lecz napadu nie znosi. Chory zażywał tego leku tylko parę razy.

L. p. 756. Chora R. G. Dusznica oskrzelowa od 6 lat. Napady nieregularne. W ostatnich czasach słaba duszność jednak niezbyt silna oprócz tego, częste napady również niezbyt gwałtowne, głównie w nocy. Chora skarży się na dolegliwy kaszel. Przez 5 dni 1 pastylka efetoniny na noc. Napady nie występują. Duszność mniejsza. Kaszel ustępuje. Po odstawieniu efetoniny chora czuje się gorzej. W dalszym ciągu zastosowano inne leczenie.

L. p. 722. Chora S. C. Rozpoznanie: *Asthma bronchiale, (Status asthmaticus). Myocarditis chr.* Podawanie przewlekłe pastylek efetoniny bez efektu. Zastrzyk efetoniny znosi do paru minut duszność jednak tylko na 1½ godziny.

L. p. 720. Chora A. M. lat 25. Dychawica oskrzelowa od paru lat. W ostatnich czasach pogorszenie, napady kilka na dobę średnio silne. Zastrzyk efetoniny (1 ampułka), w czasie napadu: w 3 minuty rozpoczyna się poprawa, po 10 minutach napad ustąpił. Dalsze leczenie inne.

Działanie zastrzyku efetoniny:

	Przed zastrzyk.	Po zastrzyk. 5'	15'	25'	35'	45'	55'	65'	90'	120
ciśnienie krwi	115	120	135	130	125	125	125	120	115	115
tętno	84	92	96	94	90	96	94	90	86	86
leukocytoza	7.600				7.000			6.800		

Uwaga: bez działania ubocznego.

Działanie zastrzyku adrenaliny (0.0166 mg na 1 kg wagi).

	Przed zastrzyk.	Po zastrzyk. 5'	10'	20'	30'	40'	50'	60'	70'	85'	100'	120
ciśnienie krwi	120	150	155	160	165	155	130	120	115	105	110	120
tętno	84	90	94	100	104	110	94	90	80	80	86	86
leukocytoza	7.900					13.000		12.000				7.000

L. p. 679. Chora F. A. lat 40. Dychawica oskrzelowa od 10 lat. Napady lekkie głównie w nocy. Efetonina w pastylkach zapobiega mającemu wystąpić napadowi. Zastrzyk efetoniny w parę minut sprowadza zupełnie swobodne oddechanie.

Działanie zastrzyku efetoniny na ciałka białe krwi:

	Ilość	Neutrofile Segm.	Neutrofile pałec.	Neutrofile młode	Eozynofile	tucz.	Linfocyty	Monocyty
Przed zastrzykiem	7.900	63,6	0,4	—	2,4	—	31,0	2,4
Po zastrzyku 10'	10.200	67,0	—	—	3,5	0,5	27,5	1,5
35'	8.500	66,8	0,8	—	2,4	0,4	27,6	2,0
90'	8.600	59,0	—	—	4,0	—	35,0	2,0

Działanie zastrzyku adrenaliny na ciałka białe krwi:

	Ilość	Neutrofile Segm.	Neutrofile pałec.	Neutrofile młode	Eozynof.*)	Tucz.	Linfocyty	Monocyty
Przed zastrzykiem	8.300	66,7	1,3	—	7,0	—	22,0	3
Po zastrzyku 10'	12.300	45,0	2.0	—	4,0	0,5	47,0	1,5
35'	11.700	43,0	2,5	—	3,5	0,5	48,5	2,0
90'	9.700	78,6	1,2	—	3,2	—	15,2	1,8

*) Poprzedniej nocy napad astmy, dlatego ilość kwasochłonnych nieco większa niż zwykle.

	Przed zastrzyk.	Po zastrzyk. 5'	10'	15'	20'	25'	30'	35'	45'	55'	70'	80'	95'	120'
Efedryna ciśnienie	90	105	110	105	102	105	115	115	125	120	118	118	111	107
tętno	72	76	76	76	72	72	76	76	76	80	72	76	76	76
Adrenalina ciśnienie	93	110	120	130	135	153	137	132	122	110	95	80	90	95
tętno	72	80	84	92	92	86	86	84	76	72	72	72	76	76

Z załączonych tablic przedstawiających zachowanie się parcia krwi, wynika, że efedryna i efetonina wywiera pod tym względem wyraźny wpływ, nawet podana przez usta, i to wpływ dość długo trwający. Jeżeli porównamy działania efetoniny i adrenaliny na parcie krwi to widzimy, że efetonina jakkolwiek podana w dawce większej działa słabiej, jednak dłużej i nie widzimy tu następowego spadku ciśnienia, który prawie zawsze możemy spostrzegać u tak wagotonicznych osobników po podaniu adrenaliny. Różnice w działaniu obu tych leków są dość indywidualne zależnie od badanego ustroju, jak to wynika z obserwacji dwóch krańcowo się zachowujących pod tym względem osobników. Muszę tu podnieść, że mniejsze działanie na parcie krwi zupełnie nie idzie w parze z mniejszem działaniem na objawy dychawicy. Na ilość i skład białych ciałek krwi działają omawiane leki znacznie słabiej niż adrenalina.

Na szeregu wyżej przytoczonych obserwacji widzimy, że efedryna i efetonina działają w wielu wypadkach bardzo dobrze znosząc w 15 do 30 minut już rozpoczęty napad dychawicy oskrzelowej, i są zdolne zapobiegać mającemu wystąpić napadowi. Nawet w ciężkich przypadkach mogą one sprowadzić pewną mniejszą lub większą ulgę. Podane doustnie rozwijają zupełnie zadawalniające działanie. Efetonina w formie injekcji działa szybciej i pewniej, a nawet tam, gdzie podana doustnie zawodzi (Obser. S. C.). Nigdy nie obserwowaliśmy objawów ubocznych tak charakterystycznych dla adrenaliny czy astmolisyny, jak tremor, bicie serca, podniecenie z następowem osłabieniem i bólem głowy, nawet u osobników wrażliwych (K. P.). Nie obserwowaliśmy również opisywanych przez Bergera i Ebstera objawów dyspeptycznych i biegunek.

Reasumując wyżej przytoczone fakty powiemy, że efedryna i efetonina mają zalety, mają jednak i wady.

1. Pierwszą ważną zaletą tych leków jest to, że działają one podane *„per os"*, co daje możność lekarzowi przepisywania ich do leczenia domowego. Chory zaś ma możność zawsze i wszędzie zapobiedz spodziewanemu napadowi, unikając inhalacji szkodliwych dymów tylu proszków czy papierosów. Sama świadomość posiadania takiego leku działa psychoterapeutycznie dodatnio, co w schorzeniach tego rodzaju jest rzeczą nader ważną.

2). Drugą zaletą jest łagodność działania bez objawów ubocznych. Trwanie działania jest dłuższe od adrenaliny, jednak nie dłuższe od astmolizyny.

Z wad tych leków podnieść muszę te: są to środki działające stosunkowo słabiej, a więc w ciężkich przypadkach przeważnie zawodzą, a następnie to, że podawane czas dłuższy działają coraz słabiej — i zawodzą zupełnie, nawet mimo dawki 4-krotnie silniejszej od przepisanej, a więc do leczenia przewlekłego mniej się nadają. Na koniec chciałbym zwrócić uwagę, że efedryna zdaje się być nieco silniejszą od efetoniny.

Piśmiennictwo.

1) Berger i Ebster: Münch. Med. Wschft. 1927, Nr. 26. — 2) Kreitmair: Münch. Med. Wschft. 1927, Nr. 5. — 3) Nagel: Naynyn-Schmiedebergs Archf. exper. Pathol. et Phar. macol. Bd. 110 H. 3/4, s: 129; 4) Pollak-Robitscheck: Verh. d. deutsch. Ges. f. inn. Med., Wiesbaden 1926. — 5) Chou: Journ. of. biol. Chem. 1926. 70. 1. — 6) Jansen: Klin. Wschft. 1926. Nr. 51.

Dr. med. Stanisław TOTWEN, st. asyst. Zakł. Farmak. Wilno.
Dr. med. Tadeusz WĄSOWSKI. st asyst. Klin. Otolaryngologicznej.

Psikain N. Merck'a.

Z Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.
Kierownik: Prof. Dr. C. Traczewski.

Wkrótce po ukazaniu się na rynku Psikainy — środka znieczulającego firma Merck w Darmstacie wypuściła nowy środek znieczulający pod nazwą „Psikain N.". Jest to φ kokaina-natriumtartrat. Środek ten, jak podają Björkman, Wiberg i Santesson: „für den therapeutischen Gebrauch bestimmte Vorzüge vor dem Kokainhydrochlorid zu haben scheint, indem es

schon in kleineren Gaben stärker und mehr dauernd anästhesiert und wohl auch weniger giftig ist".

Ponieważ wyniki naszych badań nad psikainą, przeprowadzone w roku ubiegłym w Zakładzie Farmakologji U. S. B. jak również doświadczenia Kliniki Otolaryngologicznej wypadły niezbyt zachęcająco dla tego środka, który okazał się tak samo silnie trującym jak kokaina, postanowiliśmy poddać również badaniu farmakologicznemu i nowy preparat znieczulający — Psikain N.

Badania te przeprowadziliśmy w Zakładzie Farmakologji U. S. B. pod kierownictwem Pana Profesora Traczewskiego na królikach, posługując się preparatem (Psikain N.) uprzejmie nam przysłanym przez firmę Merck.

W doświadczeniach swych staraliśmy się określić śmiertelną dawkę N. Psikainy, obliczając ją na kilo wagi królika, oraz jej własności znieczulające. Używaliśmy stale 5% roztworu N. Psikainy, zastrzykując ją pod skórę uda zwierzęcia. Przed zastrzyknięciem i w pewnych odstępach czasu po zastrzyknięciu notowaliśmy czas wystąpienia drgawek, lub niepokoju zwierzęcia, charakter drgawek, *opistotonus*, ruchy żwaczne, wreszcie czas śmierci zwierzęcia lub powrotu do stanu normalnego.

Jak widać z tablicy Nr. I. (dośw. 1, 2, 3) dawka 0,1 N. Psikainy na kilo wagi zwierzęcia śmierci nie wywołała. W dwóch doświadczeniach widzieliśmy silne drgawki, występujące 15 min. po zastrzyknięciu i trwające z krótkiemi przerwami do 10 min.,

Tablica Nr. I. określeń śmiert. dawki N. Psikainy.

Dawka N. Psikainy kilo wagi królika	Zejście	Nr. Nr. protokułów
0,10	—	1, 2, 3
0,11	+	7, 8, 11, 12
0,11	—	10, 13, 14, 31
0,12	+	4, 6, 15, 16, 18, 29, 30
0,12	—	5, 17, 36
0,13	+	9, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 35
0,13	—	19, 22
0,14	+	27, 28, 31, 32, 33, 34

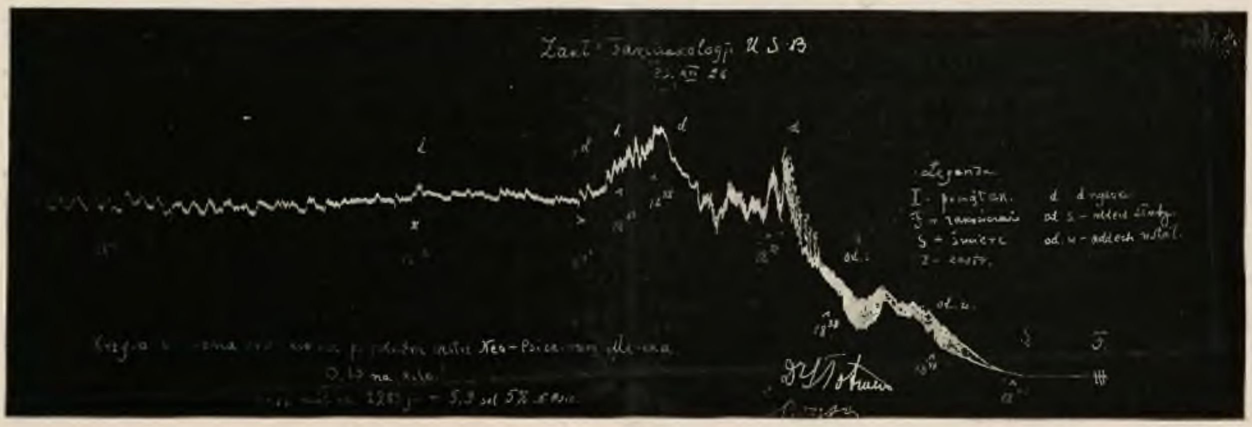
— oznacza, że zwierzę wyżyło. + oznacza śmierć zwierzęcia.

w trzeciem doświadczeniu było tylko znaczne odurzenie bez drgawek. Zwierzęta po upływie 3 godzin wracały do stanu normalnego. Dawka 0,11 na kilo w czterech doświadczeniach spowodowała zejście śmiertelne (d. 7, 8, 11, 12), w czterech innych zwie-

Tabl. Nr. 2 określeń śmiert. dawki N. Psik z dodaniem adrenaliny.

Dawka N. Psik. na kilo wagi królika	Ilość dodanej do lcct. r. adrenal. 1—1000	Zejście	Nr. Nr. protokułów
0,14	6 kropel	—	36, 37, 38, 39, 41, 42
0,14	„ „	+	40
0 15	„ „	—	43, 44, 45
0,16	„ „	—	46, 47 48, 49
0 18	„ „	—	50 51, 64, 65
0 18	„ „	+	53
0 19	„ „	—	54, 55, 56, 109 110
0 20	„ „	—	59 62, 66, 67
0,20	„ „	+	57, 58, 63
0,21	„ „	—	61, 86
0 21	„ „	+	60, 68
0,22	„ „	—	69, 70, 71, 72, 73
0,22	„ „	+	87
0,23	„ „	—	88, 89, 91
0,23	„ „	+	90
0,24	„ „	—	74, 75, 92, 94
0,24	„ „	+	76, 93
0 26	„ „	—	77, 79, 95, 97
0,26	„ „	+	78, 96
0,27	„ „	—	99, 102
0,27	„ „	+	98, 100, 101, 103
0,28	„ „	—	83
0,28	„ „	+	80, 81, 82, 85, 84
0,29	„ „	+	104, 105, 106, 107, 108

+ oznacza zejście śmiertelne; — oznacza powrót do zdrowia



Krzywa ciśnienia krwi.

rzęta wyżyły (d. 10. 13, 14, 31). Nasilenie objawów zatrucia było w tych doświadczeniach większe niż w poprzednich — drgawki występowały nieco szybciej, trwały dłużej. Częstsze zejścia śmiertelne spostrzegaliśmy od dawki 0,12 na kilo, mianowicie z 10 doświadczeń (4, 6, 15, 16, 18, 29, 30, 5, 17, 36) w siedmiu; dawka 0,13 z 10 doświadczeń w 8 spowodowała śmierć zwierzęcia (9, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 35). 0,14 N. Psikainy na kilo wagi królika bez wyjątku zabijało zwierzęta. Za śmiertelną więc dawkę N. Psikainy uważać należy 0,14 na kilo, dawki zaś 0,13 i 0,12 uważane być winne za dawki graniczne.

W porównaniu do kokainy, dawka śmiertelna której wdg. B i e b e r f e l d a i A n r e p'a wynosi 0,1 na kilo, a także do psi-

kainy (0,1—0,09) — N. Psikainę uważać należy za środek mniej trujący.

Jeśli przyjrzymy się krzywej ciśnienia krwi, to łatwo da się spostrzec, iż nie ulega ono zmianom od zastrzyknięcia N. Psikainy; podniesienia krzywej odpowiadają okresom skurczów i drgawek.

Co do oddechu, to, jak widać z podanej krzywej, przez czas dłuższy po zastrzyknięciu N. Psikainy nie ulegał on zmianom, stając się tylko szybszym podczas drgawek. W końcowych okresach życia zwierzęcia nabierał on niekiedy cech Biota.

królikach, zakrapiając im do worka spojówkowego kokainę i N. Psikainę w roztworach od 0,1% do 0,001%, obserwując potem czas wystąpienia i trwania znieczulenia (metoda Fühner'a). Wyniki tych badań podajemy zestawione w tablicy Nr. 3. z której zauważyć się daje, że naogół N. Psikaina szybciej nieco daje znieczulenie aniżeli kokaina, lecz znieczulenie to trwa krócej.

Przerobione tą samą metodą na 15 królikach badania z dodaniem do 1 cm roztworu N. Psikainy 4 kropel adrenaliny 1:1000 wykazały, że w porównaniu do kokainy N. Psikaina naogół szybciej nieco znieczula tkankę, przyczem czas trwania znieczu-



Krzywa oddechu.

Śmierć następowała zwykle od porażenia ośrodka oddechowego.

Objawy spostrzegane przy zatruciu zwierzęcia N. Psikainą całkiem podobne są do objawów spostrzeganych przez nas podczas doświadczeń z psikainą: najpierw występuje podniecenie zwierzęcia, uczęszczenie oddechu i tętna, porażenie kończyn najpierw tylnych później przednich, drgawki kloniczne, opistotonus, ruchy żwaczne, ślinotok, wreszcie: śmierć od porażenia oddechu, lub w razie powrotu do zdrowia dość długo trwałe odurzenie.

Ponieważ N. Psikaina podobnie jak psikaina rozszerza naczynia włosowate co musi wpływać na resorbcję środka wprowadzonego podskórnie, a przez to zwiększać jego toksyczność, chcieliśmy się przekonać, czy za dodaniem do roztworu N. Psikainy adrenaliny można będzie osłabić działanie trujące tego środka, oraz w jakim stopniu osłabienie to wystąpi. W tym celu przeprowadziliśmy szereg doświadczeń analogicznie do poprzednich, zastrzykując podskórnie rozmaite dawki N. Psikainy w 5% roztworze, stale z dodaniem 6 kropel roztworu adrenaliny 1—1000 (firmy Parke Dav.) na 1 cm roztworu.

Jak widać z tablicy Nr. 2. dawka śmiertelna N. Psikainy 0,14 na kilo wagi zwierzęcia za dodaniem adrenaliny w jednem tylko doświadczeniu zabiła zwierzę po upływie 22 godzin, w sześciu innych nie. Dawka 0,18 z pięciu doświadczeń w jednem zabiła zwierzę po upływie 12 godzin, dawka 0,20 zaś z siedmiu w trzech doświadczeniach po upływie 20—40 min. Niepewne i rozmaite wyniki otrzymaliśmy od dawek 0,21; 0,22; 0,23; 0,24; 0,26; dopiero dawki 0,27—0,28 w większej części doświadczeń zabijały zwierzęta. Dawka N. Psikainy 0,29 na kilo wagi we wszystkich doświadczeniach zabiła zwierzęta.

Na podstawie tych badań widzimy, że dodanie adrenaliny znacznie osłabia trujące własności N. Psikainy, dając możność prawie dwukrotnie zwiększyć ilość wprowadzonego podskórnie środka.

Musimy w tem miejscu podkreślić jeden objaw stale występujący w naszych doświadczeniach, mianowicie zauważyliśmy u królików, które przeżyły zatrucie, występowanie na drugi dzień w miejscu zastrzyknięcia zgrubienia, które w dniu czwartym dawało suchą martwicę tkanki. Po odpadnięciu strupa tkanka goiła się *per granulationem* w przeciągu 1,5—3 tygodni, nie wpływając wcale na ogólny stan zwierząt. Przypuszczaliśmy, że odgrywa tu rolę zastrzykiwanie pod skórę dużych ilości adrenaliny, bo aż do 75 kropel niekiedy roztworu 1—1000, co silnie anemizowało tkankę, uniemożliwiając lub utrudniając wsysanie się zastrzykniętego płynu. W kontrolnych doświadczeniach, zastrzykując takie same duże dawki adrenaliny w płynie Ringera bez dodania N. Psikainy, otrzymaliśmy wprawdzie nacieczenie tkanki, trwające jeden dzień, jednak martwicy jak w doświadczeniach z N. Psikainą nie widzieliśmy ani razu. To zmusza nas do myślenia, iż w powstawaniu martwicy w miejscu zastrzyknięcia odgrywa rolę N. Psikaina, lub połączenie jej z adrenaliną, jednak dokładnego objaśnienia przyczyny tego zjawiska nie jesteśmy w stanie dać.

Przejdźmy teraz do omówienia własności znieczulających N. Psikainy. Badania w tym kierunku przeprowadziliśmy na 32

lenia bywa częściej dłuższy niż przy kokainie. Wyjaśnia to tablica Nr. 4.

Tablica Nr. 3.

N. Psikaina			Kokaina		
Koncentracja roztworu	czas wystąpienia znieczulenia	czas trwania znieczulenia	Koncentracja roztworu	czas wystąpienia znieczulenia	czas trwania znieczulenia
0,1%	po 1' 19"	14' 30"	0,1%	po 1' 30"	14' 50"
0,05%	osłabienie po 5' 5"	14' —	0,05%	osłabienie po 5' 35"	15' —
0,01%	po 4' 5"	10' 15"	0,01%	po 4' 30"	9' —
0,005%	po 6' 35"	3' —	0,005%	po 6' —	4' —
0,001%	po 6' 20"	— 30"	0,001%	po 7' 30"	1 30"

Tablica Nr. 4.

N. Psikaina			Kokaina		
Koncentracja roztworu	czas wystąpienia znieczulenia	czas trwania znieczulenia	Koncentracja roztworu	czas wystąpienia znieczulenia	czas trwania znieczulenia
0,1%	po 1' 40"	22' 40"	0,1%	po 1' 40"	16' 20"
0,05%	osłabienie po 1' 30"	20' 50"	0,05%	osłabienie po 2' —	22' 30"
0,01%	po 3' 10	13' 10	0,01%	po 2' 20"	16' 30"
0,005%	po 4' 40"	11' 20	0,005%	po 5' 30"	8' 40"
0,001%	po 7' 20"	5' 40"	0,001%	po 7' 50"	3' 10"

Prócz badań znieczulających własności N. Psikainy na rogówce królików przeprowadziliśmy jeszcze doświadczenia na trzech osobnikach, mianowicie zastrzykiwaliśmy im podskórnie

pewne minimalne ilości N. Psikainy i kokainy w roztworach od 0,1%—0,001% czystej lub z dodaniem adrenaliny (1:1000) — 4 krople na 1 ccm. roztworu, by powstał mały pęcherzyk. Za pomocą igły próbowaliśmy w pewnych odstępach czasu, czy wrażliwość na ból istnieje (met. Führer'a).

Wyniki tych badań ilustrują tablice Nr. 5 i 6, z których widzimy, że N. Psikaina daje w stężeniach mocniejszych (0,1%—0,01%) szybciej występujące i dłużej trwające znieczulenie niż kokaina (zwłaszcza przy dodaniu adrenaliny) w tych samych stężeniach, podczas gdy słabsze jej roztwory (0,005%—0,001%) dają znieczulenie krótsze.

Tablica Nr. 5. (bez dodania adrenaliny).

N. Psikaina			Kokaina		
Koncentracja roztworu	czas wystąpienia znieczulenia	czas trwania znieczulenia	Koncentracja roztworu	czas wystąpienia znieczulenia	czas trwania znieczulenia
0,1%	odrazu	17' 30"	0,1%	po — 5"	15' 40"
0,05%	po — 45"	12' 20"	0,05%	po — 14"	11' 30"
0,01%	osłabienie po 1' 40"	3' 30"	0,01%	osłabienie po 3' 50"	2' 40"
0,005%	po 3' —	6' 40"	0,005%	po 3' 5"	9' 15"
0,001%	po 3' 5"	6' 35"	0,001%	po 4' 20"	7' 40"
sol. Ringer'a	po 3' 45"	8' —			

Tablica Nr. 6. (z dodaniem adrenaliny).

N. Psikaina			Kokaina		
Koncentracja roztworu	czas wystąpienia znieczulenia	czas trwania znieczulenia	Koncentracja roztworu	czas wystąpienia znieczulenia	czas trwania znieczulenia
0,1%	odrazu	19' 20"	0,1%	po 5' 8"	12' 30"
0,05%	odrazu — 5"	11' 50"	0,05%	po — 10"	8' —
0,01%	po 1' 10"	4' 30"	0,01%	po 2' 10"	3' 15"
0,005%	osłabienie czucia po 4' 5"	3' 10"	0,005%	osłabienie czucia po 3' —	6' 20"
0,001%	po 4' 45"	4' —	0,001%	po 3' 50"	6' —

Reasumując wyniki naszych badań możemy przyjść do wniosku, że chociaż własności znieczulające N. Psikainy nie wiele się różnią od kokainy, to jednak środek ten, będąc mniej trującym od kokainy, zwłaszcza przy dodaniu adrenaliny, zasługuje stanowczo na uwagę i wypróbowanie na materjale klinicznym do celów znieczulenia śluzówki górnego odcinka dróg oddechowych.

Rozpoczęte w tym względzie badania nie uprawniają nas jeszcze do wypowiedzenia się w tej sprawie w danej chwili, mamy jednak nadzieję, iż zbierany przez nas w czasie dłuższym materjał, da nam możność oceny N. Psikainy jako środka znieczulającego z punktu widzenia kliniki.

W końcu niniejszej pracy poczuwamy się do miłego obowiązku podziękowania Panu Profesorowi Traczewskiemu za cenne rady i wskazówki udzielane nam podczas naszej pracy.

———————

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Med. Lucjan Antoni DOBROWOLSKI. Zakopane.
Dyrektor Sanatorjum.

XIII-ste Sprawozdanie z działalności sanatorjum dla chorych piersiowych imienia Drów Dłuskich w Zakopanem za rok 1926.

Przy końcu stycznia 1926 r. nastąpiło ponowne otwarcie Sanatorjum im. Drów Dłuskich, które pozostawało nieczynnem przez dwa lata. Moment ten był jakby mieczem, przecinającym węzeł gordyjski. Te całe gromady chorych, rok-rocznie zjeżdżających na krótszy lub dłuższy okres czasu, by ratować swe poderwane zdrowie, nagle znalazły się w przykrej sytuacji, podwoje bowiem Sanatorjum ich nie przyjęły, bo były zamknięte. Pomijając inne przyczyny, dlaczego Sanatorjum musiało być zamknięte, głównie jednak niepewność, chwiejność naszej waluty, niepozwalającej przeprowadzić najprymitywniejszej kalkulacji cen, co jest koniecznem w każdem sanatorjum, a zwłaszcza w prywatnem, które liczyć musi wyłącznie na siebie. Nic też dziwnego, że dawni chorzy zmuszeni byli szukać innych środowisk leczniczych, spowodowani zamknięciem Zakładu Drów Dłuskich, i czują może pewną niechęć do ponownie otwartego, przejawiającą się nawet pod postacią żalu. Tem się tłumaczy obecny kontygent naszych chorych, który przeważnie rekrutują się z pośród nowych przybyszów, gdy natomiast dawni pacjenci stanowili w pierwszych miesiącach 2% obecnie zaś cyfra ta podniosła się do 3—4%. Trzeba jeszcze pewnego czasu, by stosunki te uległy wyrównaniu. Poprzednicy moi, a zwłaszcza Dr. Kazimierz Dłuski, którego imię obecnie nosi nasz Zakład, stworzył przez powołanie go do życia przed 26-ciu laty, pierwszorzędną placówkę, zakrojoną na wysoką skalę europejską, stworzył w Polsce pierwsze sanatorjum komfortowo i nowocześnie urządzone, wyposażając je we wszystko co dać mogła nauka dla walki z gruźlicą. Mało by jednak było stworzyć zakład, dlatego też Dr. Dłuski nie ograniczył się tylko na tem, gro jego zasługi polega głównie, że dał duszę temu Sanatorjum. Jego nieprzebrana energja i niezmordowana praca, pozwoliły na podniesienie Zakładu do wyżyn, jakie tylko można było osiągnąć w naszych warunkach. Mam tu na myśli uświadomienie chorych; zarówno wtedy jak i obecnie jeszcze pacjenci, a nawet lekarze nie uświadamiają sobie znaczenia Sanatorjum, jako zakładu dla zwalczania gruźlicy, uważając że wystarczy leczyć się przebywając w pensjonatach. Jako rezultat tego mylnego uświadomienia — są zastraszające liczby ilości gruźlicy u nas w porównaniu z Zachodem (na Zachodzie leczenie spraw gruźliczych koncentruje się wyłącznie w sanatorjach). Godnego zastępcę znalazł po sobie ustępujący Dr. Dłuski, który miał spełniać inną znów rolę, powołany przez obecnego Marszałka J. Piłsudskiego. Był nim Dr. Olgiert Sokołowski, który jako współpracownik Dra Dłuskiego przez szereg lat kontynuować miał dzieło rozpoczęte. Wywiązał się Dr. Sokołowski ze swego zadania znakomicie, ugruntowując jaknajmocniej dobre imię Zakładu. Nieprzliczone zastępy chorych, których naderwane zdrowie — wzmocnił, dając im możność do dalszego pożytecznego życia, są najlepszym tego dowodem. Dał on tym sposobem niezapomniane świadectwo swego talentu i niezmordowanej pracy. Pomijając innych poprzedników, którzy większy lub mniejszy pożytek przynieśli Zakładowi zdaję sobie jasno sprawę, jak trudna, a zarazem zaszczytna rola przypadła mi w udziale, kierować tym Zkładem po tak wielce zasłużonych poprzednikach.

Przechodząc następnie do samego sprawozdania, muszę zaznaczyć, że jest to sprawozdanie pierwsze po pięciu latach przerwy.

Ogółem w roku sprawozdawczym przebywało chorych 296 osób, w tem mężczyzn 134, kobiet 162. Chorzy ci byli przeważnie pierwszy raz w Sanatorjum, nieznaczny stosunkowo procent stanowią dawni pacjenci. Przechodząc do szczegółów tyczących się wyników leczenia, zaznaczamy, że pod względem wieku, najwięcej chorych przebywało w latach od 21 do 40, t. j. osób 196 czyli 66,2% ogółu. To zjawisko łącznie z faktem stałej ilościowej przewagi frekwencji kobiet nad mężczyznami, co również miało miejsce i w dawnych sprawozdaniach moich poprzedników, tłumaczy się w dostateczny sposób czynnikami etjologicznemi, jak też i społecznemi, zupełnie naturalnemi w obecnych warunkach życia naszego społeczeństwa, tak, że bliższe rozpatrywanie tej sprawy byłoby zbyteczne. Również i same cyfry obciążenia dziedzicznego nie przedstawiają specjalnego zainteresowania, ponieważ jak doświadczenie wykazało nie mają one bezpośredniego związku z osiągniętymi wynikami leczniczemi.

Przechodzimy z kolei do omówienia spraw gorączki i laseczników Kocha. Utrata gorączki ewentualne jej zmniejszenie, wynosi 74,44%. Jest to liczba bardzo wysoka i mam wrażenie czy nie najwyższa z szeregu dotychczasowych sprawozdań. Złożyło się jednak na to szereg ważnych momentów w zupełności usprawiedliwiających tę cyfrę: mianowicie obecnie wiedza nasza lekarska, aczkolwiek nie wynalazła radykalnego środka do zwalczania gruźlicy, to jednak dała nam w spuściźnie szereg metod i środków, (o których poniżej), które więcej lub mniej wpływają na organizm gruźlika i temsamem łagodzą objawy tego cierpienia. Zniknięcie laseczników wynosiło 15.42%. jest to liczba dość pochlebna, jednak prawie w zupełności zbliża się do liczb zamieszczonych w poprzednich sprawozdaniach, i tu również moglibyśmy powiedzieć to samo co przy gorączce. Jasnem jest, że ustąpienie gorączki w przebiegu gruźlicy jest ważnym objawem rokowniczym (jeśli oczywiście nie jest wyrazem wyczerpania końcowego organizmu). Zniknięcie zaś laseczników Kocha daje niezaprzeczone świadectwo zaleczenia. Idzie jednak o to, by to zniknięcie było trwałe, trudno jednak odpowiedzieć na to z całą stanowczością, ponieważ niewielu chorych pozostaje przez czas dłuższy w naszej obserwacji, gdy natomiast większość przebywa 2—3—4 miesiące. Doświadczenie jednak poucza, że znikają nieraz prądki na tydzień, miesiące, lata, by znów pojawić się po tych czy innych momentach z ukrytych ognisk. Rozpatrując przyrost wagi, muszę zaznaczyć, iż bywają chorzy ze sprawą postępującą, których waga jest stosunkowo dużą, i którzy wykazują stały przybytek, są to jednak objawy dość przypadkowe u poszczególnych osobników gruźliczych. U znacznej jednak liczby chorych, przyrost wagi jest bezwątpienia wyrazem wzmocnienia się i odporności ustroju. Przybytek u nas wynosił dość dużo, ogólny procent stanowi 83.15% i tu wchodzą również specjalne zabiegi (insulina i t. d.). Średnio przybytek u 180-ciu osób wynosił po 6 kg. na osobę przy obliczeniu na 100 dni. Przechodząc następnie do samych metod leczenia, podzieliłem je na 4 grupy dla łatwiejszej orjentacji.

Grupa I. Leczenie higieniczno-dietetyczne w naszym Zakładzie jest jakby fundamentem, na którym układamy dopiero dalsze cegiełki w postaci tych czy innych metod leczniczych. Ta metoda pomimo, że została uznana od dość dawna, nic nie utraciła na swem znaczeniu. Wszyscy chorzy bez wyjątku, o ile oczywiście pozwala na to stan zdrowia, leżakują na otwartej werandzie, leżąc w pozycji prawie zupełnie poziomej, przeciętnie 4 do 8 godzin dziennie, traktowani zupełnie i ściśle indywidualnie. Na tem miejscu pragnę wyjaśnić często zdarzające się mylne twierdzenie, że tylko w niektórych miesiącach można odbywać leżakowanie, że w innych warunki atmosferyczne je uniemożliwiają; otóż przez cały rok sprawozdawczy tylko 2 dni były niezbyt odpowiednie do werandowania, zresztą zdarzające się wiatry halne są bardzo ciepłe i rzadko zbyt silne. Co do północnych-orawskich wiatrów zimnych — występują bardzo rzadko, tak, że nie należy ich brać w rachubę.

Hydroterapja, jak nacierania, kwarcówki, kompresy zajmują u nas niepoślednie miejsce: 75% osób podlega tym zabiegom. Te czynniki oprócz działania miejscowego wpływają dodatnio na sen i ogólne samopoczucie.

Naświetlania lampą kwarcową, stosowaliśmy w kilku przypadkach, zwłaszcza przy formach gruczołowych — z dość zachęcającym wynikiem. Naświetlanie promieniami Roentgena zastosowano w 2 przypadkach, w jednym klatki piersiowej (ściśle umiejscowione), w drugim śledziony (by pobudzić leukocytozę) jednak bez wyraźnych rezultatów.

Dietetyka — dział niepomiernie ważny w całem leczeniu, staraliśmy się możliwie jaknajwięcej przystosować do ściśle indywidualnych potrzeb chorego. Przeciętnie biorąc, chory otrzymywał 4.500 kalorji dziennie. Ze względów leczniczych odżywianie ujęto w postaci diet: 1) normalna, 2) półnormalna (wyłącznie białe mięso i inne dodatki), 3) ścisła a) mleczna, b) bezmleczna, 4) specjalna przy cukrzycy i t. p. Ostatnio u kilku osób stosuję dietę opisaną przez Sauerbrucha, Herrmannsdorfera i Gersona, zwłaszcza w przypadkach cięższych i nie poddających się leczeniu innemi metodami. Wychodząc z założenia, wzmożenia zasadowości krwi, za pomocą ściśle określonej diety, zawierającej w szczególności owoce, jarzyny strączkowe i liściaste, zieloną sałatę, zupy kartoflane, kleiki, kaszki, mleko, ser, masło. Unikając przy tem mięsa i cukru, które to połączenia tworzą kwasy: wątróbki, śmietany (tworzy nierozpuszczalne mydła wapniowe w jelitach); jaj (w większych ilościach). Przez dowóz składników mineralnych, staramy się przy tem zwalczać demineralizację ustroju oszczędzając przytem zwłaszcza sod i wapno.

Grupa II. Leczenie objawowe.

Tej grupie staraliśmy się nadać więcej podrzędną rolę w samem lecznictwie kładąc natomiast większy nacisk na inne metody. Stosowaliśmy zwykle środki, jak codeinę, dioninę, heroinę, paracodinę i t. p. w większej ilości stosowaliśmy wlewania dożylne wapna, zwłaszcza u osobników skłonnych do krwawień, jak również w stanach daleko zaawansowanych, wychodząc z założenia, że wapno jest: [1]).

1) środkiem pobudzającym mięsień sercowy;

2) wzmagającym krzepliwość krwi;

3) pobudzającym fagocytozę;

4) zmniejszającym pobudliwość mięśni i systemu nerwowego;

5) wreszcie działającym przeciwzapalnie.

Wapno otrzymało u nas przeciętnie 20% osób. Poza wapnem zajmowały niepoślednie miejsce preparaty krzemowe. Stosowane w kilku przypadkach; co do tych preperatów, trudno narazie wypowiedzieć się ostatecznie, zbyt krótki czas nie upoważnia mnie do tego. Na tem miejscu wspomnieć muszę o stosowaniu insuliny w przypadkach skłonnych do stałych ubytków wagowych i ze zmianami więcej włóknistemi. Stosowałem je u 4 osób. Otrzymywały przeciętnie 300 do 500 jednostek, wszystkie z dobrym wynikiem. Dotychczasowy oporny przybytek dał widoczny efekt wagowy. Prócz tego przy krwotokach stosowaliśmy z zadawalającym wynikiem domięśniowo pepton Spiesa 10% w ilości 5 cm³, który wywołując skurcz rozgałęzień tętnicy płucnej i nie powodując objawów chok'u wpływa dodatnio na krwawienia.

Grupa III. Leczenie specyficzne.

Celem tego leczenia było zadziałanie na samo ognisko gruźlicze, stosowaliśmy:

1) preparaty tuberkulinowe u 5% osób, na ogół z dość dobremi wynikami; w każdym bądź razie muszę zaznaczyć, wyniki były w ścisłej zależności od odpowiedniego doboru chorych.

2) preparaty złota — ze względów praktycznych, podzieliliśmy sobie te środki na dwa typy: a) preparaty złota o typie bakterjobójczym, to jest mające zabijać prątki gruźlicze w ustroju, te preparaty stosowaliśmy u osobników ze zmianami stosunkowo świeżemi, gdzie zmiany płucne nie uległy jeszcze przerostowi tkanką łączną. Liczby osób, którym stosowano ten rodzaj złota, wynoszą około 32%. Do tej kategorji preparatów należą: sanokryzyna i aurosan Spiesa, który jako identyczny z sanokryzyną wyłącznie stosowałem ostatnio; b) preparaty złota o typie katalitycznym t. j. takie, które mają za zadanie nie zabijać prątków a przeciwnie mając pewne powinowactwo do ognisk gruźliczych, tam się usadawiać i pobudzać w ten czy inny sposób do odporności ewentualnie otorbienia ognisk (rozrost tkanki łącznej). Ten rodzaj złota otrzymało 11% osobników, przeważnie ze zmianami dłużej trwającemi, zwłaszcza z przewagą zmian włóknistych.

Z preparatów należących do tego typu: aurophos, triphal, krysolgan, używałem tylko dwa ostatnie, zwłaszcza krysolgan. Zaznaczyć jednak muszę, że przy kuracji złotem najważniejszą rolę odgrywało ściśle i indywidualne dobieranie przypadków.

Grupa IV. Leczenie operacyjne.

Do tej grupy zaliczamy — odmę sztuczną, którą stosowaliśmy u 15, do 20% ogółu. Staraliśmy się stosować ją wszędzie tam, gdzie zarówno warunki techniczne jak i anatomiczne na to pozwalały, uważaliśmy bowiem odmę opłucnową za jeden z dotychczas najważniejszych środków leczenia gruźlicy płucnej. Jako bezwzględne przeciwwskazanie do tego zabiegu wyłączaliśmy następujące sprawy:

1) rozwiniętą i czynną wybitnie sprawę drugiego płuca. Jednakże w 5-ciu przypadkach zmian obustronnych odważyliśmy się założyć odmę obustronną pomimo, że wszystkie te stany były beznadziejne, otrzymaliśmy wybitną poprawę. (Szczegóły były o tem podane w odpowiedniej literaturze);

2) niegruźlicze przewlekłe zmiany drugiego płuca: jak chroniczne zapalenie oskrzeli, rozstrzeń oskrzelowa, rozedma płuc, astma, zapalenie opłucnej.

3) przy gruźliczych komplikacjach, gruźlicy jelit, ponieważ odma opłucnowa powolny przebieg, może zamienić na ostry;

4) ciężka cukrzyca;

5) przy ciężkich białkomoczach, wyraźnych zmianach nerkowych.

Przechodząc następnie do dalszych szczegółów do ilości chorych według klasyfikacji zaznaczamy, iż uwzględniamy wyłącznie klasyfikację Sterlinga, która aczkolwiek nie rozwiązuje zupełnie kwestji całkowicie, jest z obecnych najlepsza, tembardziej, że jest ogólnie przyjęta. Najwięcej chorych przebywało w okresie II bo 125, pierwszy wynosił 112, a trzeci 59. Ta stosunkowo przewaga okresów dalej posuniętych wypływa z niedostatecznego zrozumienia nietylko przez chorych, ale co smutne, nawet przez lekarzy, że początki choroby można le-

---

[1]) O znaczeniu wapna przy gruźlicy płuc. Polska Gaz. Lek. 7/1923.

czyć gdziekolwiek przebywając i dopiero gdy choroba zrobi wielkie postępy, wtedy udają się pod opiekę sanatorjum. Procent poprawy jaki osiągnęliśmy w roku sprawozdawczym, jest dość wysoki 61.14 plus 31.08 t. j. wynosi 94,22%. Ilość zejść śmiertelnych jest bardzo niska bo zaledwie 4 osoby. Kończąc rozpatrywanie wspomnę o powikłaniach zauważonych w tym czasie:

a) powikłania gruźliczego pochodzenia:

Wysięki opłucnowe	7	Gruźlica gruczołów	3
Przetoki gruźlicze	1	„ kości	1
Gruźlica gardła	6	„ jelit	3
„ skóry	2		

b) powikłania niegruźlicze:

Wady serca	1	Syfilis	2
Zapalenie nerek	1	Reumatyzm	4
Wole	2	Neuralgia	2
Grypa	5	Zapalenie żył	1

Leżących było w tym okresie:

	mężczyzn	kobiet	razem	procentowo
W lutym	2,4	5,4	7,8	3,2
„ marcu	3,2	5,6	8,8	3,9
„ kwietniu	4,1	6,0	10,1	3,7
„ maju	4,2	6,3	10,5	4,2
„ czerwcu	4,4	6,5	10,9	5,3
„ lipcu	4,4	7,2	11,6	5,9
„ sierpniu	4,8	7,3	12,1	6,3
„ wrześniu	3,4	6,1	9,5	6,3
„ październiku	3,0	5,9	8.9	6,06
„ listopadzie	2,2	5,7	7,9	6,07
„ grudniu	2,1	5,3	7,4	6,2
Przeciętnie w ciągu roku:	3,49	6,1	9,5	5,2

Co do profesji przybywało:

Duchownych	4	—	4
lekarzy	2	2	4
urzędników	20	18	38
inżynierów	12	—	12
nauczycieli	5	9	14
przemysłowców	4	—	4
ziemian	8	—	8
farmaceutów	3	—	3
prawników	7	—	7
uczniów szkół średnich	9	9	18
studentów wyższych uczelni	15	5	20
rolników	7	—	7
kupców	8	—	8
wojskowych	2	—	2
mechaników	4	—	4
dziennikarzy	3	—	3
rzemieślników	3	—	3
bez określonego zajęcia	17	119	136
Razem	134	162	296

Na zakończenie powyższego sprawozdania, pragnę zaznaczyć, że najwyższy kontygent chorych pochodził z b. Małopolski i ze Śląska. Również pragnę podać kilka cyfr z czynności laboratoryjnej Sanatorjum: prześwietlań Roentgenowskich wykonano 255, w tem 102 fotografji; ilość zbadanych plwocin wynosi 1.050, wykonanych metodą przezemnie opisaną[2]), oprócz tego wykonano 275 badań metodą antyforminową. Analiz moczu wykonano 774 z tego 22 razy ilościowe określanie; analiz treści żołądkowej 14, kał był badany 29 razy. Krew morfologicznie badano 112 razy. Krew na opadanie krwinek czerwonych badano 523 razy.

PORADNIK JĘZYKOWY.

Szanowna Redakcjo!

Bardzo szczęśliwą myślą Jej było otwarcie rubryki „Poradnik językowy“ w P. G. L. Ile to już dotąd doskonałego materjału przerobiło się dla przyszłego słownika lekarskiego.... Pragnąłbym i ja ze swego skromnego zakresu działania kilka słów dorzucić i poddać pod sąd ogółu kolegów.

W epidemjologji na oznaczenie niemieckiego der Dauerträger, osoby, która jest zdrową mimo, że ma w swym ustroju zarazki chorobowe stale i to groźne, nazywają autorowie różnie: nosicielami zarazków, nośnicami, siewcami, roznosicielami zarazków. Ja od kilku lat posługuję się w mych wykładach (Seminarjum) wyrazem *nosizarazek,* utworzonym na wzór wybijokno, urwipołeć, nosiwoda i t. p. a wykluczającym wszelką dwuznaczność. Roznosiciel to pojęcie bardzo obszerne i musimy je zachować nawet dla ciał martwych. Co do owadów-roznosicieli jużby należało ściślej rozróżniać i zwykle: jak muchy nazywać *przenośnikami* lub *przenośnicami* a takie, jak wszy, komary, w których wnętrzu zarazek ulega przemianom, nazywać *nośnikami* lub *nośnicami* wedle uznania specjalistów (nie muszą przenosić).

W t. zw. higjenie rasy, słowo minus-varianton da się znakomicie po polsku wypowiedzieć przez *mniejwartościowy* zamiast używanych w podręcznikach mniej wartościowych elementów wzgl. osobników (Karaffa).

Nie należy mówić a tembardziej drukować umieralność od gruźlicy lecz *z* gruźlicy, duru, czerwonki, błonicy i t. p.

W ratownictwie, gdzie wobec konieczności jak największego popularyzowania tej nauki wyrazownictwo jędrne a swojskie nadzwyczajną odgrywa rolę dla naszej kultury, radbym wprowadzić słowo *przepał* (upał, zapał) na oznaczenie niemieckiego Hitzschlag a polskiego porażenie cieplne, udar upałowy, udar z gorąca (dr. Fels Nr. 21. Higjena Ciała i Sport). Najmniej rzeczy odpowiada porażenie cieplne, boć nie zawsze dochodzi do objawów krańcowych. Udar słoneczny (insolatio, Sonnenstich) musi być oddzielnie traktowany jako zjawisko zupełnie odrębne, pozostające częstokroć wyłącznie pod działaniem promieni słonecznych chem. w bezruchu (Praussnitz) zwłaszcza, gdy o naszą strefę idzie. Przegrzanie (właść. hyperpyresis) ma dosyć ustalone określenie, jak to np. widzi się na str. 99 cennego dziełka o pierwszej pomocy dra H. Hilarowicza (a co ma pierwszorzędne znaczenie w higjenie ubrania wzgl. skóry) który w tym właśnie ustępie zna jedynie udar słoneczny, czego mojem zdaniem nawet dla zwięzłości popularnego podręcznika przy naukowym podziale materjału czynić się nie powinno, wszak przepał bardzo często jest bez udziału słońca a tylko brak wody, parnota, ruch w ciepłym ubiorze działają.

Prof. Karaffa-Korbut kenotoksyny Weichardta nazwał „ciałami męczącemi“. Skądinąd znamy znowu „ciała nużące“. Czyby nie można nazywać ich poprostu *nużnikami* lub *nużnicami* (o ileby się płeć piękna nie obraziła). W podręczniku fizjologji w t. I, str. 63, pominięto zupełnie tę rzecz w ustępie, gdzie mowa o „nużeniu się mięśni“. W przyszłym słowniku zmęczenie i znużenie (Ermüdung-Mattigkeit) muszą być ściśle odróżnione, bo może być przecież znużenie bez zmęczenia i zmęczenie bez znużenia wł. — że więc nie wszędzie musimy się dopatrywać nużników.

Tak modne dzisiaj pisuary nazywa Żuliński w swej Higjenie szkolnej moczniskami. Na dawne prewety i tranzety mamy dziś wychodki i ustęp wzgl. dwie nulki (austr. Husarenabort). Najbardziej obrazowo określałyby rzecz szczalnia i sralnia ale tegoby nawet w najbardziej fachowych dziełach użyć nie można, skoro lud tak delikatnie mówi „na przechód“, mając do wyboru albo gnój albo pod ścianą....

Krankenträger, o ile chodzi o nosze, może snadnie nazywać się *noszowym* (jak buchalter księgowym, briefträger listowym). Zamiast może improwizowane lepsze *doraźne* (Nothbahre). Knebeltourniquet wybornie określa *ucisk węzłowy*, boć tu naprawdę węzły odgrywają główną rolę, wyrażenie, które jest bardzo zrozumiałe moim uczniom i uczennicom obok ucisku *elastycznego, palcowego, miejscowego i forsownego zgięcia.* Przy elastycznych szelkach prof. Esmarcha trzeba używać wyrażenia *uszko* (z tyłu) i *sprzączka z uszkiem* (z przodu).

Niem. Obentreiben możnaby nazywać *wolnem pływaniem;* na wznak — *wznakowaniem.* Wassertretten, *pływaniem stojącem.* Lebemänner to nasi typowi *użyciowcy* — śniadankiewicze.

Należałoby raz uzgodnić, że ganglia to — zwoje, a gyri to zawoje (podręcznik Zgórskiego dla szkół powsz.). Także: *chłonka* limfa czy naczynie limfatyczne? Mamy łać. chylus i lympha. Mojem zdaniem lepiej zostawić mlecz i powszechnie znaną limfę a *chłonkami* nazywać naczynia limfatyczne, bo aż się prosi. Zgadzam się z kol. Felsem, że lepiej czasem zatrzymać wyraz obcy utarty i raz trafnie określający a mój ukochany nauczyciel śp. prof. Marjan Łomnicki mawiał, że takie przyswajanie świadczy o wielkiej żywotności naszej mowy ale tylko „takie“. Nie wiem, czy z tej racji prof. Bek słusznie stale używa protoplazmy (czasem z dodatkiem „żywa“ p.), skoro mamy trzy przepiękne i to popularne wyrazy: pierwoszcze (Józef Majer), pierwoszcza (Max. Nowicki) i zaródź, które świetnie dałyby się zużytkować na oznaczenie zawartości jądra, komórki zwykłej i zarodkowej (płciowej).

Gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu nazwał ktoś wewnątrzwydzielniczymi w przeciwstawieniu do zewnątrzwydzielniczych a usunął dokrewne, wszak nietylko do krwi wydzielają. Dokrewne może się przydać jeszcze kiedyś stosowniej.

[2]) Nowa metoda barwienia prątków gruźliczych — Medycyna doświadczalna społeczna.

Prof. Lindeman używa wyrażenia „w sensie chemicznym" jak gdybyśmy niemogli powiedzieć w rozumieniu, pojęciu, znaczeniu chemicznem (str. 45, Podstawy ratownictwa). — A antrakoza, chalikoza, sideroza i tabakoza mają już dawno swoje dobre polskie wyrazy, zdaje mi się od prof. Browicza.

Sperrpincette zasługuje z usługi swej, byśmy *chwytką* ją nazywali.

Jeżeli ongiś szczęśliwie przyjął się mój Żegiestów-Zdrój i inne „Zdroje" a także krętek, którego pierwszy raz użyłem w pracy o nowych zadaniach higjeny wobec rozwoju bakterjologji, drukowanej w piśmie hig. nieodżałowanego prof. Jordana, to może i teraz dostanie się coś do polskiego słownika lekarskiego, — a czas wielki, żeby był wydany i wszelkie chwiejności i wątpliwości tak dla piszących jak dla czytających a szczególnie uczących się — usunął. Po nim przyjdzie kolej na coś większego jeszcze — Polską naukę stać....

Z prawdziwem poważaniem

Dr. Karol Zaleski (Sanok).

Szanowny Panie Redaktorze!

Zabieram głos w sprawie omawianej jak zastąpić słowo „kuracjusz" słowem polskiem, tembardziej, że ciągle czytamy w książkach zdrojowych świeżo wydanych: „kuracjusze" — „kuracja" — „taksa kuracyjna" (patrz wydawnictwo „Państwowy Zakład Zdrojowy w Ciechocinku" 1927 r. „Zakład zdrojowy Solec" i t. p.). Z koleji poddaję rozwadze lekarzy zdrojowych słowo „zdrojownik", pochodzące od słowa „zdrój". Podobnie zakończonych słów spotykamy b. wiele, dosyć przytoczyć: domownik, taternik i t. p. Słowo „zdrojownik" uważam za najbardziej odpowiednie i lepsze niż proponowany „lecznik" dr. Nasiłowskiego. Piszmy więc zamiast „taksa kuracyjna" — „opłata zdrojowa", zamiast „kuracja" — „leczenie", zamiast „kuracjusz" — „zdrojownik" i „zdrojownicy".

Dr. K. Michalik (Kraków).

OCENY.

P. Gilis: *Anatomie élémentaire des centres nerveux et du sympathique chez l'homme.* Paris. Masson et Cie. 1927, str. 232.

Nowe zdobycze ostatnich lat na polu anatomji i fizjologji układu współczulnego wymagały choćby tylko ze względów dydaktycznych opracowania podstawowego podręcznika. Praca taka ukazała się w języku francuskim. Autor jej omawia na tle rozwoju układu nerwowego histofizjologję komórek nerwowych czyli neuronów, zestawiając w systematyczną całość cały układ nerwowy wraz z poszczególnemi jądrami mózgu. Druga część dzieła uwzględnia szczegóły układu współczulnego.

Poznanie patologji wspomnianego układu wzbudziło żywsze zainteresowanie lekarzy, tembardziej, że współczesna chirurgja praktyczna, wkroczywszy, w ten dział morfologiczny metodami operacyjnemi, zaczyna święcić coraz poważniejsze trjumfy na tem polu. Ważność poznania morfologji układu współczulnego dla każdego lekarza wypływa już wprost z rozległego stykania się tego działu ze wszystkiemi specjalnościami medycyny; to też przypuszczać należy, że doskonałe ujęcie w sposób niezwykle dostępny, spowoduje i u nas rozpowszechnienie się tego podręcznika.

W. Janusz (Lwów-Kulparków).

St. Hrom, st. asystent U. W.: *Anatomja Patologiczna ogólna i szczegółowa podług wykładów prof. L. Paszkiewicza.* Wydawnictwo Koła Medyków S. U. W. Warszawa 1927. Drukarnia Jabłoński i Mioduszewski.

Trudno wprost pojąć, że nauka podstawowej gałęzi medycyny — jaką jest anatomja patologiczna odbywa się na uniwersytetach polskich bez pomocy własnych elementarnych podręczników. Każdy, kto jeno bliżej styka się ze studjującą naszą młodzieżą mógł łatwo przekonać się, jak wielkie trudności zmuszona jest ona pokonywać, przyswajając sobie nauki z obcych podręczników i tak niepomiernie kosztownych, jeśli weźmiemy pod uwagę ogólne zubożenie naszego społeczeństwa.

Usiłowania i dążności zaradzeniu palącemu brakowi polskiego podręcznika anatomji patologicznej znalazło u nas swój wyraz między innemi i w pracy nigdy nieodżałowanego prof. J. Hornowskiego, któremu niestety przedwczesna śmierć nie pozwoliła wyjść w swem dziele poza ramy oryginalnie naszkicowanego repetytorjum. Inna praca natomiast z tego samego działu pióra prof. Z. Dmochowskiego została zupełnie wyczerpana a nawet przeszła częściowo w zapomnienie. Ostatnio przybył podręcznik prof. Opoczyńskiego, omawiający zresztą li tylko histopatologję i wreszcie zaznaczyć należy, że ucząca się młódź posługuje się różnymi skryptami, które gęsto upstrzone są frazesami bezsensowemi. Dopiero w r. 1927 wzbogaca się nasze piśmiennictwo dziełem podręcznikowem st. as. Zakładu Anat. Pat. U. Warszawskiego, który wydaje drukiem wykłady prof. L. Paszkiewicza, obejmujące zarówno anatomję ogólną jak i szczegółową. Pierwsza część tej pracy poświęcona jest „zaburzeniem w krążeniu". 252 stronice, uwzględniające rzeczewo w najdrobniejszych szczegółach ten dział anatomji patologicznej mogą napawać uzasadnioną nadzieją, że całość wspomnianych wykładów raz przecież wydworuje niemieckie podręczniki, koszlawiące nie tylko język terminologiczny, lecz co więcej w wybitnym stopniu wpływają hamująco na normalny tok studjów. Dla tego też autor zaskarbi sobie niewątpliwie wdzięczność tych, którzy z pracy tej korzystać będą, tembardziej, że podjął się on jej nie w celach zarobkowych (bowiem wydane zostały nakładem Koła Medyków S. U. W.), lecz ideą jego była chęć udostępnienia młodzieży naszej systemu nauczania i zdobyczy tej najpoważniejszej gałęzi wiedzy medycznej. Z tem większą ulgą witamy ukazanie się omawianego dzieła, stanowi ona bowiem dowód zapobiegliwości i praktyczności obecnego pokolenia.

W. Janusz (Lwów-Kulparków).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Przegląd dentystyczny, Rok VII, Nr. 6, za czerwiec 1927: L. Brennejsen: Rzadki przypadek kiłowego zniszczenia wyrostka zębodołowego. — R. Szerypo: Serodjagnostyka kiły.

Warszawskie czasopismo lekarskie, Rok IV, Nr. 9, z 30 czerwca 1927: R. Hertz: Angina piersiowa (dok.). — K. Dłuski: Uwagi o ciepłocie podgorączkowej. — A. Fryszman: Przemijająca azocica jako objaw różniczkowy w ostrej kolce nerkowej. — H. Higier: O powrotnych postaciach chorób układu nerwowego. I. Kon: Rola witamin w dietetyce dziecięcej (Str. zb.). — St. Kr. Sprawa Wojnowskiego. — M. Kacprzak: Zdrowie Warszawy w okresie powojennym.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, Dodatek bezpłatny z 1 lipca 1927: Statystyka Kas chorych za rok 1925 opracowana w Ministerstwie pracy i opieki społecznej.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIV, Nr. 28, z 10 lipca 1927: Echa IV Kongresu międzynarodowego medycyny i farmacji wojskowej. — Międzynarodowa Konferencja chemiczna. — Sprawy zawodowe.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, Rok XVI, Nr. 5, z 1 lipca 1927: S. Cybulski: Leczenie klimatyczne, zdrojowe i kąpielowe zołzów. — W. Podsoński: Leczenie schorzeń nerwów obwodowych w Lubieniu.

Lekarz Polski, Rok III, Nr. 7, z 1 lipca 1927: Artykuł wstępny. — Wystąpienie Polski w Lidze narodów w sprawie alkoholizmu. — Dr. K. Koronkiewicz: Ogólno państwowy program walki z gruźlicą w Polsce. — K. Orzechowski: Przychodnie, jako ośrodki medycyny zapobiegawczej. — B. Jakimiak: Rozwój, organizacja i stan obecny szpitalnictwa Warszawskiego. — T. Hilarowicz: Przywrócenie utraconego dyplomu położnej w Małopolsce. — F. Grodecki: Rozsiedlenie lekarzy w Państwie Polskiem. — S. Mikołajski: Choroby zakaźne w województwie lwowskiem. — W. Jeżewski: Niewłaściwości. — M. Rytel: Niewyzyskane źródła pracy.

Przyroda i technika, Rok VI, zeszyt 3 z marca 1927: B. Fuliński: Zwierzęta ciepłokrwiste, a warunki termiczne. — M. Romanowska: O morzach Południa. — Inż. M. Czerwiński: Użycie wody dla celów gospodarczych w starożytności.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIV, Nr. 29 z 17 lipca 1927: Sprawozdanie z działalności Państwowego Instytutu farmaceutycznego za rok 1926. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Wiadomości farmaceutyczne, Rok LIV, Nr 30 z 24 lipca 1927: St. Wołoszczak: Środki przeczyszczające i teorja ich działania. — Referaty z czasopism obcych. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Warszawskie Czasopismo lekarskie, Rok IV, Nr. 10, z 15 lipca 1927: E. Herman: Fizjopatologja przysadki mózgowej oraz dna III komory. — S. Abramowicz i F. Grossman. Dalsze badania doświadczalne nad wprowadzaniem neosalwarsanu do oka za pomocą jontoforezy. — K. Dłuski: Uwagi o ciepłocie podgorączkowej (dok.). — H. Higier: O powrotnych postaciach cho-

rób układu nerwowego (dok.). — I. Kon: Rola witamin w djetetyce dziecięcej (Str. zb. c. d.). — I. Typograf: O strofantynie. — M. Kacprzak: Zdrowie Warszawy w okresie powojennym (c. d.).

Dziecko i matka, rok II, Nr. 14 z r. 1927: M. Czeska-Mączyńska: Pierwsze przejawy ducha i ich pielęgnowanie. — L. Gerlachowa: Dzieci „niegrzeczne". — C. Bańkowska: Higjena snu. — N. Zaudowa: Jarzyny i ich znaczenie dla organizmu dziecięcego. — M. Grzywo-Dąbrowska: Odpowiedzi redakcji na listy rodziców.

Higjena życia codziennego, rok II, Nr. 7 z 15 lipca 1927: Otyłość i chudość. — Jak poprawić zdrowie ludności wiejskiej. — Życie kobiety.

Higjena ciała i sport, rok III, Nr. 20 z kwietnia 1927: S. Steusing: Jak należy się chronić przed chorobami zakaźnemi. I. Aleksiewicz: Boczne skrzywienie kręgosłupa. — W. Janusz: Ile waży mózg człowieka w czasie narodzin, w wieku dojrzałym i u schyłku życia. — W. Tychowski: Starzenie się a higjena życia. — F. Ks. Cieszyński: Higjena noworodka i niemowlęcia. — Z. Danielski: O prawidłowem oddechaniu. — I. Fränklowa: Choroby psychiczne. — K. Ryder: Stosunek społeczeństwa do dziecka w przeszłości. — W. Seidl: Gruźlica a woda. — S. Świątkowski: Organizacja walki z gruźlicą w mieszkaniach i gminach miejskich. — I. Fels: Ukłucia owadów. — I. Rothfeld: Higjena opalania mieszkań. — I. Fels: Aforyzmy myśli i przysłowia zdrowotne. — S. Steusing: Sport wędkowy. — C. Rębowski: Gry sportowe. — M. Orłowicz: II Polski Kongres sportowy w Warszawie. — A. Sałamańczuk: Znaczenie słońca w sporcie.

Higjena ciała i sport, rok II, Nr. 21, za maj i czerwiec 1927: S. Steusing: Jak należy się chronić przed chorobami zakaźnemi. — A. Trawiński: Plaga szczurów ze stanowiska higjeny. — W. Janusz: Kremacja czyli pogrzebowe spalanie zwłok oraz obecny jej stan na zachodzie. — I. Aleksiewicz: O sklerozie nawykowej. — F. Ks. Cieszyński: Higjena noworodka i niemowlęcia. — Z. Danielski: Organizacja walki z gruźlicą przez Kasę chorych we Lwowie. — B. Ziemilski: O stosunek lekarza do pacjenta i jego rodziny. — I. Fränklowa: Choroby psychiczne. — I. Rothfeld: O prawdziwej i względnej odporności przeciw gruźlicy. — I. Fels: Udar z gorąca i udar słoneczny. — I. Bajsarowicz: Homeopatja. — I. Tokarzewski: Homeopatja jako nauka o leczeniu chorób tak ostrych jak i chronicznych. — W. Dybowski: Dlaczego starzejemy się tak wcześnie? Jak temu zaradzić? — T. Chrapowicki: Boisko dla młodzieży szkolnej. — W. R.: Praca ośrodka wychowania fiz. we Lwowie. A. Sałamańczuk: Znaczenie słońca w sporcie. — C. Rębowski: Obozy letnie.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo angielskie.

British Medical Journal.

Nr. 3398. 1926.

W. Trotter: *Chirurgja schorzeń złośliwych gardła.*

W. E. Fothargill: *Rozwój operacji pochwowych w przypadkach Trolapena genitalizm.*

Donald Paterson: *O zaparciu i tegoż leczeniu w dzieciętwie.*

Jnoin Moore: *Endoskopja per os. szkic historyczny.*

R. Davies-Colley: *Etjologja uchyłków jelitowych.*

John Cordon Thomson i Andrew Robestson: *Ryba jako źródło pewnych kokcydjów opisywanych jako ludzkie pasorzyty.*

Londyńskie Towarzystwo lekarskie: *Bóle w prawej zatoce biodrowej.*

St. W. Carson: Oprócz zapalenia wyrostka robaczkowego zdarzają się mylne rozpoznania z powodu mięśniowych wysiłków przy grze w piłkę (tennis) lub „lacrosse" *) — zwłaszcza u młodych dziewcząt, albo też u osób w średnim wieku, otyłych, u których ból pochodzi od wytwarzającej się zwolna przepukliny pachwinowej. Ponadto przyczyną mylnego rozpoznania bywają kamyki moczowodu, gruźlicze gruczoły, guzy okrężnicy, zwężenia coli desc. jako następstwo parcia wstecz, zwłaszcza przy rozdęciu jelita ślepego u ludzi ponad 50 lat. U chudych kobiet o postawie cechującej (z powodu pewnych zboczeń kośćca), występują często bóle w prawej zatoce biodrowej ustępujące w pozycji leżącej. Cierpią te chore na zaparcie, brak łaknienia, nerwowe podniecenia, ściany brzuszne bywają cienkie, nerki opadnięte. Prawdopodobnie zbyt ruchoma okrężnica, czy też ucisk na okrężnicę wstępującą w pozycji stojącej — wytwarzają te bóle. Zabiegi chirurgiczne często zawodzą. U radjologów nie ma jednomyślności co do tłómaczenia wyników prześwietlenia. Nieuwidocznienie się wyrostka robaczkowego po spożyciu papki kontrastowej (barium), może pochodzić od zwężenia wyrostka; gdy zaś wyrostek jest widoczny to znów brak perystaltyki może być powodem. Tkliwość widocznego wyrostka nie ma znaczenia rozstrzygającego. Jeżeli u chorego dawniej nie było silnych napadów — obecność bólu w prawej zatoce biodrowej nie może być uważaną jako pochodząca od *appendicitis.*

Hurst sądzi, że błędy rozpoznawcze pochodzą od niedokładnego badania. W 40% przewlocznej *appendicitis* operacyjnie stwierdzonej, istniała achlorhydria, bardzo często istnieje zapalenie woreczka żółciowego, wrzód żołądka, wrzód dwunastnicy, czasem *Amoebiasis* jelita ślepego wraz z bólami w boku prawym pochodzącemi od przewlocznej sprawy zapalnej wątroby. Radjologicznie w 100% u zdrowych, a w 80% u chorych z przewloczną *appendicitis* można widzieć wyrostek robaczkowy — badać jednak trzeba podczas prześwietlenia — nader starannie umiejscowienie tkliwości. Ślepe jelito w miednicy nie jest zjawiskiem patologicznem — często widzi się to u zdrowych. Sztuczne wydęcie okrężnicy skombinowane prześwietleniem — w przypadkach podejrzanych rozstrzyga. Bez dodatniego wyniku pierwszego lub drugiego sposobu — nie wolno rozpoznawać *appendicitis.* Gruźliczy naciek końcowego odcinka jelita cienkiego bolesnością przy prześwietleniu stwierdzaną — podczas gdy *coecum* jest wolne — daje się łatwo odróżnić od *appenditicis.*

Watts i Eden: W 50% przewlocznej *salpingitis* był zajęty równocześnie wyrostek robaczkowy — i prawie w połowie tych przypadków wycięto go. Zdarza się to w zakażeniu septycznem po porodach lub poronieniach lub też przy rzeżączce. Mówca radzi zachować się przy ostrej rzeżączce wyczekująco — dlatego ścisłe rozpoznanie jest tu konieczne. Wspomniawszy o skrętach trąbek, bólach jajnikowych, krwotokach w ciąży jajnikowej, torbielach — opowiedział przypadek w którym w 6 miesięcy po upadku u 29-letniej kobiety — operacja wykazała, że przyczyną gwałtownych bolów w prawem podbrzuszu była igła do szycia, która przebiła prawy jajnik. Igłę połknęła chora jako 14. letnia dziewczynka; igła spokojnie spoczywała widocznie w jamie miednicy i dopiero wskutek upadku chorej wbiła się w jajnik.

Pisek (Lwów).

*) Kanadyjska gra w piłkę przy pomocy siatek o długich rękojeściach. Sprawozd.

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 18.

Buschke S. Jost Werner (Berlin): *Kiła a układ wkrewny.* Wskazują na pewną łączność przebiegu kiły ze stanem czynnościowym gruczołów wkrewnych. Co się tyczy zwłaszcza gruczołu tarczykowego, to zdaje się on wywierać wpływ hamujący na rozwój infekcji kiłowej.

Falta W. (Wiedeń): *O regulacji przemiany materji węglowodanowej i teorja chłonna (aviditätstheorie).* Według autora hormon trzustkowy reguluje w ten sposób węglowodanową przemianę materji, że użycza komórkom ustrojowym wolności chłonienia cukru.

Rohr F. Schulz O.: *O przeciwkrzywicowem działaniu odbiałczonego tłuszczu mlekowego, naświetlanego promieniami pozafioletowemi.* Przez podawanie tego środka, udało się autorom uzyskać wyleczenie krzywicy w przeciągu 20 dni. Jako dzienną dawkę podają autorzy 15 g. tłuszczu mlecznego. Ze względu na dobry smak tego leku znajduje szerokie zastosowanie.

Elsner H. (Berlin): *Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu guzów krwawnicowych.* Rozpoznanie guzów krwawnicowych powinno się opierać na badaniu ręcznem kiszki stolcowej, na wziernikowaniu, badaniu w ułożeniu kolankowem przy równoczesnem parciu, i na sposobie zastosowania baniek ssących. Po zestawieniu popularnie stosowanych środków leczniczych podnosi autor bardzo skuteczne działanie wstrzyknięć alkoholu 96% w ilościach $^1/_2$—1 ccm do pojedynczych pętli żylnych. Następnie zaleca ewentualną repozycję i leżenie w łóżku. W 41 własnych przypadkach uzyskał wyniki dobre.

Nr. 19.

Priesel, Wagner (Wiedeń): *O synthalinie w cukrzycy dziecięcej.* Małe dawki synthaliny w ilościach 2 razy dziennie po 10 mg są bez działania. Przy tych dawkach wpływów ubocznych nie zauważono. Co się tyczy dawek większych, stosowanych u do-

rosłych, to te dawki u dzieci sprowadzają objawy toksyczne, a ich wartość lecznicza w zastosowaniu u dzieci jest jeszcze problematyczną. Za wpływem szkodliwym tych dawek u dzieci cukrzycowych przemawiają fakty, że 1) waga ciała w okresie podawania synthaliny spada, a 2) cukier we krwi naczczo się podwyższa. Wobec wyników korzystnych, dających się tą drogą uzyskać u dorosłych należałoby wnosić, że mechanizm cukrzycy dziecięcej przebiega w sposób odmienny. Wobec tego odradzają stosowanie synthaliny u dzieci, ponieważ duże dawki szkodzą, a małe pozostają bez wpływu leczniczego.

E. Kylin (Jönköping): *O kwestji odczynu adrenalinowego.* Poprzednie badania autora wykazały zależność odczynu adrenalinowego od równowagi jonów potasowo-wapniowych we krwi. Doświadczenia autora wykazują, że także i podawanie wyciągu gruczołów przytarczycznych doustnie u osobników z vagotonicznym odczynem adrenalinowym sprowadza normalny odczyn adrenalinowy.

Zollschau (Karlsbad): *O zmianach kształtu żołądka spowodowanych pozatrzustkowem położeniem dna żołądka.* Przedstawia przypadek żołądka, gdzie w prześwietleniu roentgenologicznem zachodziła możność rozpoznania podwójnego żołądka. Dokładne badania na żołądkach pozwoliły wyjaśnić przyczynę tego zjawiska, które stało w związku ze względnym uciskiem żołądka przez trzustkę, przyczem żołądek w zakresie dna był dosyć obszerny.

Leicher (Frankfurt): *Tonsillektomja przy ropniu okołomigdałkowym.* W leczeniu ostrego ropnia okołomigdałkowego powinien lekarz-praktyk posługiwać się w pierwszym rzędzie nacięciem. Gdyby się jednak okazało, że przy nacięciu na ropień nie natrafiono, albo gdy pomimo wycieku ropy poprawa nie nastąpiła, lub też groziło powikłaniami, wtedy należy bezzwłocznie dokonać jednostronnej tonsillektomji (po stronie ropnia). Dla celów klinicznych tonsillektomja w tych wypadkach stanowi najlepszy zabieg.

Barsony T., Friedrich L. (Budapeszt): *Przyczynek do leczenia wrzodów żołądka i dwunastnicy promieniami Roentgena.* W tem leczeniu autorowie nie otrzymywali dobrych wyników leczniczych.

Freund Rudolf: *O leczniczem działaniu Solganalu przy przewlekłej infekcji.* Przedstawia przypadek wysypki po injekcjach złota, która nastąpiła natychmiast po podaniu 1 g Solganalu (prep. złota). Doświadczenie to zdołał przeprowadzić w 8-miu przypadkach z wynikiem doskonałym.

Nr. 20.

Külbs (Köln): *Angina pectoris.* Za środek działający najkorzystniej należy tutaj uważać grupę nitrytów. Także bywa stosowany i chloralhydrat przez autorów angielskich w przypadkach powikłanych z hipertonją. Przestrzega natomiast przed stosowaniem morfiny, która według autora zdaje się często być przyczyną zejścia śmiertelnego wśród objawów obrzęku płuc. Zarazem zwraca uwagę na doniosłość abstynencji tytoniowej w leczeniu dusznicy.

Max Rosenberg, Günther Wolf (Berlin): *Cukrzyca, gruźlica płuc i insulina.* Gruźlica płuc w przebiegu cukrzycy przedstawia podobne szanse lecznicze, jak i u osób bez cukrzycy, ale tylko wtedy, gdy równocześnie obecną cukrzycę leczy się insuliną. Z tego też powodu wskazanem jest oddawanie tych chorych w opiekę zakładów leczących cukrzycę. Co się tyczy dalszych wpływów insuliny na przebieg gruźlicy płuc, to autorzy nie zauważyli żadnych skutków ujemnych.

Steinitz (Berlin): *Żołądek, jako wydzielniczy narząd zastępny przy niedomodze nerek.* Podwyższenie poziomu azotu niebiałkowego we krwi w niedomodze nerek sprowadza wzmożenie się jego wydzielania wraz ze sokiem żołądkowym. W stanach prawidłowych zawartość jego we krwi i w żołądku jest na poziomie jednakowym.

Bruck-Biesock, Pirquet C., Wagner R.: *Profilaktyka krzywicy.* Mleko krów naświetlanych lampą kwarcową przedstawia najlepszy środek zapobiegawczy przed krzywicą dziecięcą.

Nr. 21.

Mendel Kurt (Berlin): *O przyczynach i leczeniu chromania przystankowego.*

Leczenie przyczynowe: Przy kile leczenie specyficzne, zaprzestanie palenia przy objawach nikotinizmu. Przy miażdżycy jod i kapiele. Przy obecnej skazie moczanowej — atophan. W cukrzycy dieta, insulina.

Leczenie objawowe: jod, diuretyna, strychnina, arsen, strophantus, naparstnica, chinina, a zwłaszcz. nitryty, najlepiej podskórnie Rp. *Natrii nitrosi 0,2 Aq. 10,0* codziennie od $^1/_2$—1 ccm w kolejce 20—30 wstrzyknięć. Przy bólach *antineuralgica.*

Leczenie fizykalne: masaż, kąpiele elektryczne, gazowe, galwanizacja i faradyzacja. Leczenie diatermją jest kwestją sporną. Borah zaleca naświetlania prom. R. kręgosłupa, dopatrując się w rdzeniu przyczyny chorobowej chrom. p.

W leczeniu chirurgicznem zalecenia jest godną w ciężkich przypadkach operacja Leriche'a (okołonaczyniowa sympatektomja). Zabieg Wieting'a polegający na przeprowadzeniu krwi z tętnicy ud. do żyły ud. został ostatnio zarzucony.

Z. Tomanek (Lwów).

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 45. R. 1926.

Schulze-Rhonhof (Heidelberg): *Ciekawy objaw płucny u ciężarnych.*

Autor przeprowadzając badania u kobiet ciężarnych zauważył u dwu z nich rzężenia drobno względnie średniobańkowe, umiejscowione w lewem płucu i to w płacie dolnym.

Ścisła kontrola nie wykazała żadnych zmian w rodzaju pneumonii względnie bronchopneumonii.

Wobec tego trzeba było przyjąć, że są to zmiany pozostające w związku z ciążą.

Co do sposobu powstania tych rzężeń można snuć rozmaite hipotezy.

Np. przepona wypnięta ku górze może uciskać na część dolnego płatu płuc.

To jednak nie jest prawdopodobne, bo w czasie ciąży *obwód apertura thoracis inf.* powiększa się i pozwala płucom na uniknięcie tego ucisku.

O *bronchitis* na tle zastoinowem nie można było mówić, bo serce u obu pacjentek było zupełnie zdrowe.

Wedle przypuszczeń autora zmiany w ustawieniu przepony wpływają niekorzystnie na oddychanie.

Ponieważ proces oddychania odgrywa ważną rolę w regulacji krążenia szczególnie zaś krążenia małego, to nic dziwnego, że z zaburzeń w oddychaniu wynikają zmiany w krążeniu płucnem.

Jeśli do tego dodamy hiperglobulję ciążową, to okazuje się, że dolne płaty płuc są nadmiernie ukrwione i to ma być przyczyna rzężeń.

Ciekawa jest rzecz, że autor uważa to przekrwienie płuc za celowe, bo ono umożliwia nasycenie krwi tlenem, którego organizm ciężarnej w większym stopniu potrzebuje.

Dr. Kurt Lundwall (Graz): *Badania nad zachowaniem się układu wśródbłonkowo - siateczkowego w czasie ciąży i połogu.*

Zachowanie się układu siateczkowo - wśródbłonkowego w czasie ciąży nie było dotychczas znane.

Wobec tego autor zastosował metodę Adlera i Rajmana, którzy wprowadzają dożylnie czerwień kongo.

Komórki układu wychwytują ten barwik następnie oddają go stopniowo surowicy krwi.

Badania wykonane z możliwemi ostrożnościami wykazały, że zdrowe ciężarne wychwytują barwiki o wiele szybciej od nieciężarnych, tak, że funkcja układu siateczkowo - wśródbłonkowego nie doznaje ograniczenia, ale jeszcze się zwiększa.

Mniej pomyślne wyniki widzi się u ciężarnych z lekką intoksykacją.

Przy ciężkich przypadkach autor bał się wykonywać próby

Georg Hirsch i Eugen Hartmann (Breslau): *Ilość trombocytów a menstruacja.*

Od kilku lat pojawiają się publikacje o ilości płytek Bizzozera w czasie ciąży. Cyfry podane przez rozmaitych autorów są jednak tak rażąco sprzeczne, że autorowie podjęli się powtórnego zbadania tej kwestji.

Obliczali oni trombocyty prawie codziennie u 16. kobiet u niektórych przez kilka miesięcy.

Okazało się, że ilość płytek jest największa w czasie regularności szczególnie w jej końcowym okresie.

W intermenstrum cyfra ta nie ulega większym zmianom.

Przyczynę tej zwiększonej ilości w czasie menses upatrują autorowie:

1) w utracie krwi

2) w działaniu produktów rozpadu komórek ulegających wchłonięciu ze światła naczynia.

Dr. Hans Lefeldt (Wiedeń): *Zachowanie się ciśnienia krwi w klimakterjum.*

Już od dawna zajmują się autorowie zachowaniem się ciśnienia krwi w okresie przekwitania.

Czy jednak wzmożone ciśnienie krwi jest charakterystyczne dla samego klimakterjum, czy też dla spraw towarzyszących mu pozostało nierozstrzygnięte.

Autor badał 111 przypadków naturalnego i sztucznego klimakterjum i to tak pod względem bezwzględnej wysokości ciśnie-

nia jak i pod względem wahań w ciśnieniu. Wahania w ciśnieniu krwi spotyka się wprawdzie w klimakterjum ale nie można ich uważać za objaw charakterystyczny dla klimax, bo i przy glomerulonephritis, przy sprawach nerkowych, cukrzycy takie wahania się spotyka.

Tak samo w przypadkach wysokiego ciśnienia krwi w klimax spotyka się często takie choroby, towarzyszące, że nie trzeba się uciekać do określenia tych przypadków jako czysto klimakterycznych.

Przy *myoma uteri* zdarza się hipertonia stosunkowo często. Równocześnie jednak u kobiet z *myoma* widzi sie bardzo często nephrosclerozę i Basedowa, które wystarczają do wytłómaczenia hipertonji.

Dr. Schoch (München): *Miejscowa eozynophilia przy rakach.*

W obrazie drobnokomórkowym raka spotyka się bardzo często nacieki drobnokomórkowe.

Wśród tych komórek znajdują się często eozynophile.

Autor badając dokładnie zachowanie się późniejsze pacjentek dochodzi do konkluzji, że obecność większej ilości eozynophilów świadczy o pomyślnej odporności organizmu.

Autor uważa eozynophile wprost za przeciwrakowe komórki.

Działanie ich jest może fermentatywne t. zn. wydzielają one ze siebie ciała, które niszczą komórki rakowe.

Dr. Marjan Zajac.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

I-szy Ogólny Zjazd Lekarzy Słowiańskich w Warszawie. dnia 26—29 maja 1927 r.

Sprawozdanie III.

Posiedzenie w dniu 27 maja 1927 r.

Przewodniczą: prof. Pelnar, Dr. Velickovic Dr. Wachniania, Dr. Dabowski.

Sekretarz posiedzenia: Dr. Wojnarowska.

Dr. N. Dabowski (Sofja) przedstawia przebieg płonicy w Bułgarji od 1905 r.

Po 1905 roku w Bułgarji wybuchła płonica w 1907 r. trwała przez 1908 r., 1909 i 1910 r., największe nasilenie przypadło na 1907 rok, kiedy ilość chorych doszła do 6355 osób.

Druga epidemja płonicy zaczęła się w 1914 r. trwała w 1915 roku, 1916 i 1917 z nasileniem największem dochodzącem do 6923 zachorowań w 1914 roku. Trzecia epidemja trwała od 1921 r. do 1924 włącznie, rok 1923 był najcięższym, gdyż dał 15585 zachorowań, co stanowiło 31,40 osób na 10000 ludności. Przeciętna ilość przypadków płonicy w Bułgarji wynosi 4,50 do 6 osób na 10.000 ludności.

Dr. Dabowski twierdzi, że śmiertelność idzie prawie równolegle z zapadaniem na płonicę. Śmiertelność z powodu płonicy od 1905 r. do 1924 włącznie waha się około 18%. Od 1925 spadła do 8,50%. Dr. Dabowski przedstawia liczne tablice z wykresami, w których uwzględnił, każdy rok oddzielnie, liczbę ludności, ilość zachorowań, ilość zgonów, ilość zachorowań na 10000 mieszkańców i ilość zgonów w odsetkach. W ostatnich pięciu latach na płonicę najwięcej zapada osób w październiku i listopadzie. — W ostatnich pięciu latach można stwierdzić, że ilość zgonów znacznie spadła w stosunku do zachorowań.

W drugiej połowie 1922 r. wynosiła 7.96% a w ciągu 1926 r. doszła do 4.39%. Dr. Dabowski stwierdził pewien stały stosunek między zapadaniem na płonicę i zejściami śmiertelnemi z powodu płonicy, a mianowicie, zapadanie na płonicę słabnie, śmiertelność narasta i odwrotnie. Obniżenie zgonów wyprzedza na 1—2 miesiące nasilenie płonicy w znacznie większej ilości zachorowań.

Najniższa śmiertelność odpowiada największej ilości zachorowań, najwyższa śmiertelność występuje przed zwiększeniem się ilości zachorowań na jesieni. Najcięższa epidemja była w 1923 r. i dała wysoki odsetek śmiertelności 26.55%. Podczas tej epidemji najczęściej występowały powikłania ropne, zapalenie ucha środkowego, ostre krwotoczne zapalenie nerek, zapalenie gruczołów chłonnych, zdarzały się postacie toksyczne, które kończyły się śmiercią w 2—3 dni.

W przeciwieństwie epidemja 1926 r. była lekką, kiedy ciepłota spadała po 2—3 dniach, bez wysypki lub też z krótkotrwałą wysypką, bez jakichkolwiek powikłań.

Obecnie w Bułgarji przeprowadzają masowo badania odczynem Dick'a w szkołach i gniazdach sierocych, w Sofji. Lekarze stosują szczepionki z Państwowego Instytutu Higjeny w Polsce. O wynikach tych szczepień Dr. Dabowski nie odważa się wypowiedzieć ostatecznego zdania.

Dr. Miladin Velickovič (Nowy Sad).

Już w 1925 roku lekarze Jugosławji podjęli szczepienia ochronne przeciw płonicy sposobem Dick'ów. Na początku robiono próbne szczepienia i czynne uodparnianie w Białogrodzie, Zagrzebiu, później wszędzie, gdzie się znajdowały pracownie bakterjologiczne. Najwięcej zainteresowali się tą sprawą w Vojvodine (Baćke i Banata) ponieważ tam wybuchły epidemje płonicy często ze zejściami śmiertelnemi.

W roku 1926 wybuchła nowa epidemja płonicy. Los zrządził, że zachorowała i zmarła 10-letnia córka lekarza. Powstał strach wśród rodziców. Ministerstwo Zdrowia Narodu przeprowadziło próbne szczepienia Dick'ów i czynne uodparnianie przeciw płonicy. W jednem tylko mieście Nowym Sadzie zachorowało 195 osób, a śmiało można twierdzić, że chorych było więcej, gdyż niema obowiązku leczenia chorych w szpitalu zakaźnym. W tym to czasie uodporniono czynnie w Nowym Sadzie 774 osób. Według wskazań Zakładu Higjenu w Białogrodzie każdemu uodparniającemu zastrzyknięto 850 jednostek skórnych (I—100; II—250; III— 500) w odstępach siedmiodniowych. W tym samym roku na jesieni znowu wybuchła płonica. Dzieci uodpornione zachorowywały, ale przebieg był bardzo łagodny. Ścisłej liczby chorych, którzy uprzednio byli uodpornieni Dr. Velickovic nie jest w stanie podać, ale na podstawie danych Miejskiego Fizykatu, Szpitala Państwowego wspomina o 10-ciu przypadkach uprzednio niezupełnie uodpornionych i o 3 uodpornionych zupełnie, którzy zachorowali w tym samym roku. W kilku przypadkach stosowano 3850 jednostek skórnych (100—250—500—1000—2000) bez ubocznych objawów. Dr. V. wspomina, iż przy czynnem uodparnianiu kilka przypadków było t. zw. doświadczalnej płonicy z podniesieniem ciepłoty, wysypką, wymiotami, zapaleniem gardzieli, następczem łuszczeniem, objawy trwały krótko bez powikłań.

Toksyny wyrabiał Zakład Bakterjologiczny w Nowym Sadzie jako pożywkę używano 5% buljon z surowicą krwi. Dla usunięcia obcego białka używał Dr. Petar Szwarc, szef Zakładu, własnego sposobu a mianowicie: do hodowli, która zawierała żywe cocci dodawał Acidum carbolicum concetr. 1%, następnie dobrze mieszał i zostawiał na 24 g w cieplarce, potem sączył przez wyjałowioną bibułę, a następnie przez sączki Berkefelda. Przesączanie bulionu surowiczego po dodaniu 1% Ar. carb. jest o wiele łatwiejsze, gdyż kwas karbolowy ścina białko, strąt ten osiada na dnie, zabiera ze sobą cocci. Lekarze w Vojvodinie, w Suboticie, Samborze, Beckereku i Vrscu wykonali w 5200 przypadkach, prób i szczepień metoda Dick'a. Liczby nieduże, aby można było wyciągnąć wnioski. Dr. V. żałuje, że Zakład Higjeny w Białogrodzie nie zdążył opracować materjału i dać całokształt wyników dwuletniej naprężonej pracy w całem państwie. Dr. V. wyprowadza następujące wnioski:

I. Odsetek dodatniego odczynu Dick'ów opada z wiekiem dzieci.

II. Uodparnianie w powyższych dawkach jest nieszkodliwe dla ludzi.

III. Zdaje się, że dawki mniejsze niż 1000 jednostek skórnych nie wystarczają do uodpornienia ustroju przeciw płonicy, ale w tych przypadkach przebieg po zachorowaniu jest lżeiszy.

IV. Nie ulega wątpliwości, że dotychczasowe wyniki przemawiają za tem, że to jest dobry sposób, aby zmniejszyła się liczba zachorowań i śmiertelność wskutek płonicy.

Prof. Dr. Mieczysław Michałowicz (Warszawa). Obserwacja kliniczna i badania za pomocą toksyny Dick'ów dokonane przez badaczy obcych i polskich wykazały, że mniej więcej 1/3 osobników w wieku młodocianym jest odporna przeciwko streptococcus haemoliticus scarlatinosus. Liczba odpornych wzrasta przytem z wiekiem badanych osobników i dosięga 70,8% w wieku lat 21, jak n. p. w Polsce. Szczepienie ochronne i akcja zapobiegawcza musza być wobec tego skierowane w kierunku określenia, jakie osobniki sa wrażliwe na jad zarazka płoniczego i w kierunku uodpornienia ich względem tego jadu.

Próby uodpornienia ustroju ludzkiego względem jadu płoniczego podjął się pierwszy polak Gabryczewski, mniej więcej przed 20 laty.

Szczepionka Gabryczewskiego przygotowywana obecnie według oryginalnej koncepcji G. i ulepszona przez Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie z kilku różnych szczepów paciorkowców płoniczych składa się z anatoksyny płoniczej i z ciał paciorkowców zabitych formaliną.

Przed szczepieniem ochronnem ulepszoną szczepionką Gabryczewskiego należy dokonywać próby Dick'ów na wrażliwość na jad płoniczy. Dotychczasowe badania autorów obcych i polskich dokonane na 37.806 dzieciach i dorosłych stwierdziły bowiem, że osobniki z dodatnim odczynem Dick'ów dają około 20 razy więcej zachorzeń na chorobę płoniczą, niż osobniki z odczynem ujemnym Dick'ów. Te wrażliwe osobniki muszą być uodpornione przeciwko chorobie płoniczej.

Zwłaszcza należy zwracać uwagę na możliwość otrzymania odczynów rzekomo-dodatnich, rzekomo-ujemnych i paradoksalnych. Należy też pamiętać, że mechanizm powstawania odczynów Dick'ów jest więcej złożony i że w niektórych przypadkach ujemny lub dodatni odczyn Dick'ów nie jest wyrazem istnienia lub braku odporności przeciwpłoniczej.

Metoda zwalczania płonicy szczepieniami nie wyczerpuje jednak akcji zapobiegawczej przeciwko chorobie płoniczej, a to, co najmniej z następujących powodów:

1) Zarazek płoniczy jest zmienny w pewnych granicach; uodpornienie przeciw jednej lub kilku odmianom zarazka nie uodparnia przeciw innym odmianom z grupy streptococcus haemoliticus scarlatinosus.

2) Zdolność wytworzenia i utrzymania w ustroju odporników przeciwpłoniczych podlega wielkiem wahaniom indywidualnym w zależności od konstytucjonalnych i kondycjonalnych właściwości ustroju.

3) Choroba płonicza jest chorobą zależną nietylko od czynnika exogennego-swoistego streptococcus haemoliticus scarlatinosus, lecz także i od czynników endogennych-konstytucji i kondycji ustroju w stosunku do zarazka płoniczego.

Metody zapobiegawcze w walce z chorobą płoniczą muszą wobec tego uwzględniać nietylko szczepienia swoiste, lecz także i podniesienie sprawności odpornościowej ustroju.

Na chorobę płoniczą zachorowują przeważnie i chorują daleko cięże dzieci o konstytucji limfatycznej, neuroartretycznej, neuropatycznej, przekarmiane i uczulone na substancje białkowe. Badania na odczyn Dick'ów potwierdzają powyższe kliniczne spostrzeżenia. Wobec tego zadaniem lekarza jest praca nad polepszeniem konstytucji i kondycji dzieci powierzonych jego opiece. Praca ta musi mieć na celu poza szczepieniami także obronę dziecka przed przekarmianiem, zwłaszcza białkami, usprawnienie przemiany materji dziecka i aktywację jego ustroju we wszelkich możliwych kierunkach.

Doc. Dr. Władysław S z e n a j c h (Warszawa).

W czasie epidemij w latach 1925-6 i 26-27 było leczonych w szpitalu im. Karola i Marji dla dzieci 234 przypadki płonicy. Po odrzuceniu tych przypadków, które przyszły w 2-gim tygodniu choroby lub później tych, które zmarły w ciągu pierwszych 24 godzin, jak również przypadków powikłanych już w pierwszych dniach dyfterytem, pozostały 194 przypadki z których 102 były leczone surowicą a 92 pozostały dla kontroli.

Mówca przedstawia szczegółową statystykę uwzględniającą wiek dzieci, typ choroby — toksyczny, bakteryjny, charakter przebiegu — lekki, średnio ciężki, ciężki i b. ciężki jak w przypadkach u leczonych surowicą, tak również u nieleczonych surowica.

W dalszym ciągu przedstawia dane statystyczne co do czasu stosowania surowicy, co do powikłań, co do wpływu dodatniego surowicy na objawy chorobwe.

W końcu przemówienia Dr. Szenajch wyprowadza ostateczne wnioski:

I. Należy stosować surowicę w każdym przypadku płonicy (oprócz wyraźnie lekkich), możliwie jaknajwcześniej i w dawce nie mniejszej niż 50 ccm. Surowica powinna być podawana raczej domięśniowo niż podskórnie. Dożylnie wyłącznie w bardzo ciężkich przypadkach.

II. Wpływ leczniczy surowicy występuje już po 24 godzinach. Oile go niema, należy przypuszczać, że surowica była stosowana zbyt późno i że należy oczekiwać powikłań bakteryjnych (uszy).

III. Prawie stały i wybitny wpływ na przebieg choroby ma surowica w przypadkach toksycznych, stanowiących mniej więcej $^2/_3$ wszystkich przypadków płonicy.

IV. Co się tyczy II okresu płonicy, to jakkolwiek surowica nie zapobiega w zupełności występowaniu powikłań, jednak wywiera wybitny wpływ na zmniejszenie ich częstości, zwłaszcza zapalenia nerek.

V. W stosowanej obecnie surowicy posiadamy lek bardzo potężny, który jednakowoż nie rozwiązuje leczenia swoistego płonicy.

Ujemną strona jest brak wpływu na zespół bakteryjny płonicy i konieczność stosowania dużych dawek, co pociąga za sobą częstość występowania objawów choroby posurowiczej.

W dyskusji prof. pułk. Dr. F r o n c z a k z Buffalo podkreśla, że na zaproszenie listowne, wysłane do Ameryki przez prezydjum Komitetu Organizacyjnego I. Og. Zj. Lek. Słow., aby zabrać głos w sprawie walki przeciw płonicy, przyniósł ze sobą sporo materjału — ostatnie wiadomości, jeżeli się tak wyrazić. „Jednakowoż jeżeli kiedykolwiek miałem zawód w życiu, to dzisiaj", mówi prof. Fronczak, „gdyż prelegenci ze wszystkich krajów słowiańskich, którzy tu przemawiali, mówili właśnie o tych spostrzeżeniach, wnioskach i odkryciach naukowych, w zwalczaniu płonicy, — co myśmy dopiero przed kilku tygodniami ogłosili. Wiadomości te doszły do lekarzy słowiańskich natychmiast, lub też lekarze słowiańscy doszli do tych samych wniosków, co i amerykanie. Nauka w krajach słowiańskich stoi wysoko, dowodzą tego prace nad płonicą".

Prof. Fronczak zachęca, aby za pomocą ogłoszeń w dziennikach uświadamiać ludność o szczepieniach ochronnych przeciw płonicy, jak on to zaprowadził w Buffalo, gdzie jest fizykiem.

Zgłaszający się na skutek ogłoszenia podpisuje kartę, że zgadza się, aby jego dziecku zrobiono próbę Dicków i przeprowadzono uodpornienie. Prof. Fronczak jest przekonany, że o ile ta metoda zdobędzie sobie szerokie zastosowanie, to ani w Stanach Zjednoczonych Ameryki, ani w krajach słowiańskich nie będzie więcej zachorowań na płonicę, jak w krajach kulturalnych jest rzadki wypadek, aby ktoś zachorował na ospę, żółtą febrę.

Prof. Fronczak składa powinszowania, iż tak dobrze wybrano tematy zjazdowe, jak też z powodu wielkiego postępu w najnowszych badaniach.

Prof. Dr. G r o e r stwierdza, że współczesne sformułowanie zagadnienia płonicy składa się zasadniczo z 3-ch części:

1) znaczenie szczepienia rozpoznawczego;

2) znaczenia szczepienia ochronnego;

3) znaczenie leczenia surowicą,

części te stoją z sobą w bardzo luźnym związku. I tak: o ile jestem takimże entuzjastycznym zwolennikiem leczenia płonicy surowicą, jak kol. Szenajch, to zajmuję stanowisko bardzo krytyczne, co do znaczenia metod djagnostycznych, opierając się na danych dokładnego klinicznego eksperymentu, stanowisko zaś wyczekujące, co do znaczenia szczepień ochronnych, uważając dotychczasowe wyniki za zachęcające, ale nie rozwiązujące jeszcze zagadnienia.

Dr. S p a r r o w. Istota odczynu Dick'a nie jest jeszcze zbadaną, jednak nasze doświadczenie, na wielu tysiącach badań przeprowadzone, wykazuje, że odczyn Dick'a daje słuszną ocenę wrażliwości przynajmniej w 97%. Wartość szczepionki przeciwpłoniczej została obecnie podniesiona, stosujemy obecnie anatoksynę płoniczą. W jednym zastrzyku dajemy równoważnik 2000 dawek skórnych toksyny i w ten sposób uodparniamy 30% dzieci w ciągu 24 godzin.

Prof. Z d a r o w s k i z Baku popiera kierunek badań Dr. Sparrowa i pokłada duże nadzieje na możność przeprowadzenia uodparniania za pomocą anatoksyny płoniczej.

Dr. M o g i l n i c k i (Łódź). Łódź, ogromne środowisko przemysłowe jest stale nawiedzane przez epidemje płonicy. Przez 22 lat istnienia szpitala dla dzieci Anny Marji wyrobiło się olbrzymie doświadczenie nad płonica. Leczenie dotychczasowe było bezsilne. Dzisiaj stosowanie surowicy antytoksycznej daje dobre wyniki. Ma ono dla szpitalnictwa dziecięcego duże *znaczenie przy stosowaniu* surowicy zapobiegawczo w razie przypadków wewnątrz szpitalnego zakażenia dzieci płonicą.

Dr. S r a m e k zaznacza, że w przebiegu płonicy nie można powiedzieć jakim będzie jej przebieg. Powiedzieć to można dopiero w czasie przebiegu. Najlepiej jest to widocznem po zastrzyku surowicy. Są przypadki, gdzie po surowicy ciepłota spadnie po upływie 24 godz., ale potem znów rozpocznie się podnosić na 6—7 dzień — są to przypadki bakteryjne. I tu można działać i to bezpośrednio na bakterje. To się dzieje najlepiej przez przeciwjad paciorkowcowy (antivirus) albo paciorkowogronkowcowy. Dzięki temu sposobowi nie mam w szpitalu, gdzie leczy się rocznie 500 do 600 przypadków, 12% lecz tylko 6,2% t. j. na 2342 chorych od 1923 r. do 1 stycznia 1927 zmarło tylko 146.

Dr. G a r b a c z e w s k i (Lublin) pracuje w Wydziale Zdrowia Publicznego Magistratu m. Lublina od wybuchu wojny światowej; podaje ilość zachorowań na płonicę, o których doniesiono do biura od 1915—1926 włącznie. Najmniejsza ilość zachorowań była w 1927 r. — 65 przypadków, największa w 1926 r. — 428 przyp.; największa śmiertelność w 1921 r. — 55 osób zmarło, 264 zachorowało. Dr. Garbaczewski dziękuje prof. Fronczakowi za radę, aby w pismach zachęcać szerszy ogół do szczepień przeciwpłoniczych.

Dr. P r z e s m y c k i: W Zakładzie Higjeny są wykonywane prace nad zagadnieniami teoretycznemi dotyczącemi jadów paciorkowców płoniczych. Chodzi o ujednostajnienie metod miareczkowania.

Prof. P e l n a r (Praga). W dniu dzisiejszym zostały ukończone rozprawy o szczepieniach ochronnych przeciw płonicy i swoistem leczeniu surowicami. Najprzyjemniejszem jest to, że pierwszy Polak Gabryczewski już przed 20 laty wpadł na myśl leczenia płonicy surowicą. Dzisiejsze posiedzenie wykazało, że lekarze polscy przodują w walce z płonicą i w leczeniu płonicy. Były głosy pełne entuzjazmu co do szczepień ochronnych, ale odzywały się i głosy powściągliwsze (prof. Groer). Na praktyczne znaczenie szczepień wskazał Dr. Mogilnicki, na przyszłość w leczeniu płonicy „antivirusem" wskazuje dr. Sramek, a anatoksyną Dr. Sporrowa. Z dyskusji widać, że lekarze słowiańscy pracują z napięciem: w Jugosławji (Vielicković, Dr. Sohn), w Rosji Prof. Zdrodowski, w Bułgarji Dr. Dabowski, w Czechosłowacji Dr. Sramek. Wspaniałe referaty prof. Michałowicza, Doc. Szenajcha przemówienie prof. Groera wyczerpały temat zupełnie.

Prof. Pelnar zaznacza, że przewodnictwo na dzisiejszym posiedzeniu było dla niego wyrazem czci, a sprawiło mu wielkie zadowolenie, gdyż jest nadzieja, że płonica, ten postrach dla rodziców w przyszłości zupełnie zostanie opanowaną, jak obecnie błonica.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wacław Kowalski.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dn. 18 stycznia 192.

Przewodniczący, prezes B. Sawicki.

I. Kol. Opalski: *Częściowe porażenie n. okoruchowego w przebiegu tężca.* Przypadek dotyczy 12 letn. chłopca, u którego w 2 miesiące po skaleczeniu się w nogę wystąpił typowy tężec. Zastosowano surowicę przeciwtężcową domięśn. i dokręgowo. Po pewnym czasie wystąpiło porażenie lew. wewn. prostego m. oka: opadnięcie porażne lew. powieki, a później lekki niedowład m. prostego górn. oka lew. Porażenia odosobnionego n. okoruchow. w przebiegu tężca zwykłego, a nie głowowego dotąd jeszcze nie opisano. Odrzucając wpływ wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego zarówno jak i wpływ zmian anafilaktycznych, O. tłumaczy je możliwością istnienia *meningitis serica.*

W dyskusji kol. Gluziński zaznacza, że tężec ujawniający się późno (jak w danym przypadku) daje zazwyczaj dobre rokowanie bez względu na rodzaj leczenia. Surowica przeciwtężc. ma swe ujemne strony, toteż G. nie radzi jej stosować. Kol. Sawicki uważa również, że surowica jest winną zmian w danym przypadku.

II. Kol. Tyczka i kol. Sznajderman: *Porażenie nerwu pośrodkowego w następstwie dożylnych wstrzykiwań chlorku wapnia* (pokaz przypadków).

Prelegenci omawiają 3 odnośne przypadki, w których, obok typowych objawów poraźnych i przedmiotowych czuciowych w obszarze n. pośrodkowego były silne bole kauzalgiczne oraz daleko posunięte zmiany naczyniowo ruchowe i odżywcze ręki i palców. W 2-ch przypadkach stan ten utrzymywał się przez 6 miesięcy. Prelegenci są zdania, że $CaCl_2$ ma szczególną zdolność wywoływania nacieczeń głębokich i radzą wybierać do dożylnych wstrzykiwań żyły najbardziej odległe od n. pośrodkowego.

W dyskusji kol. Roguski uważa jednakże żyłę pośrodkową za najdogodniejszą do wstrzykiwań dożylnych i zarazem podkreśla doniosłość dobrej techniki zabiegu. A. Kaczyński radzi wlewać, o ile można, przedewszystkiem do lewej pośrodkowej. W dalszej dyskusji (kol. Gluziński, kol. Orzechowski, kol. Zieliński Kazim., kol. Bronowski) zwracano uwagę na zbyt częste stosowanie wstrzykiwań dożylnych, — które oprócz podanych uszkodzeń mogą niekiedy powodować wstrząsy anafilaktyczne, i omawiano szczegółowo samą technikę zabiegu.

III. Kol. Trzebiński: *Przyczynek do rozpoznawania skrobiawicy nerek.* Opierając się na spostrzeżeniu Senatora, że w przypadkach skrobiawicy nerek globuliny przeważają w białku moczowem nad albuminami, autor dokonał własną metodą ilościowego badania tych skadn. w 33 przyp., posiłkując się r. z. opacymetrem Pageta i Simona. Jest to bardzo dogodna i łatwa metoda, która w przypadkach wątpliwych dopomaga do ustalenia ścisłego rozpoznawania skrobiawicy nerek.

W dyskusji kol. Gluziński podkreśla, że czystej skrobiawicy bez domieszki nefrozy prawie się nie spotyka. Na korzyść skrobiawicy przemawia stan wątroby i śledziony, które bywają twarde i powiększone.

IV. Kol. Wł. Janowski: *Rzekomo neurastheniczna postać gruźlicy płuc.* Prelegent omawia przypadki gruźlicy płucnej, w których wskutek przeoczenia jej objawów fizykalnych, wahań ciepłoty, wywiadów i t. d., chorzy traktowani są jako zwykli neurastenicy. Z objawów tych prelegent omawia szczegółowo objawy duchowe, bole głowy, objawy ze strony oczu, uszu, gardła, krtani, przełyku, bole tułowia i kończyn, objawy naczyniorucbowe, nerwobole, objawy sercowe, żołądkowe, kiszkowe, oraz ze strony narządów płciowych. Wymienia stwierdzane w takich przypadkach objawy fizykalne ze strony płuc i wyraża ubolewanie, że umiejętność dokładnego ich zbadania nie jest wśród lekarzy, a zwłaszcza wśród specjalistów, rozpowszechniona w stopniu wymaganym przez najżywotniejsze interesy chorych.

W obszernej *dyskusji* głos zabierali kol. Broñowski, Tokarski, Chmielewski, Kopczyński, Dąbrowski, Mikułowski, Gluziński, Michalski, i kol. prelegent.

Antoni Kaczyński, zastępca sekretarza dorocznego.

Posiedzenie kliniczne w dn. 25 stycznia 1927 r.

Przewodniczący, prezes kol. B. Sawicki.

I. Kol. H. Higier: *Porażenie urazowe Ner. mediani, ulnaris, cutan. i brachii medialis.*

Autor przedstawia przypadek przecięcia nożem tętnicy i żyły oraz n. pośrodkowego. Po kilkunastu godzinach nerw i naczynia zaszyto. Tętno wróciło, natomiast w kilkanaście miesięcy po zranieniu stwierdzono porażenie mięśni i skóry unerwionych zarówno przez n. pośrodkowy jak i łokciowy. Ten ostatni, jak wykazała późniejsza operacja, uszkodzony nie był. Wnioski: 1) uszkodzenie dotyczyło tylko n. pośrodk., 2) n. ten u danego chorego wyjątkowo unerwia znaczną część mięśni i skóry, przynależną normalnie n. łokciowemu, 3) jednocześnie był uszkodzony n. *antibrachii medialis.*

II. Kol. Oziębłowski: *Patogeneza odmy.*

Odróżniamy trzy rodzaje odmy: opłucną, podskórną i śródmięśniową. Referent omawia szereg przypadków i stara się dowieść, iż, wobec tego, że patogeneza różnych postaci odmy jest ze stanowiska fizycznego jedna, ujemnego ciśnienia nie można uważać za moment warunkujący powstawanie odmy i odwrotnie: objawu odmy opłucnej nie można uważać za dowód istnienia ujemnego ciśnienia śródopłucnowego.

III. Kol. A. Landau i J. Held. *Kilka uwag o podziale i leczeniu zgorzeli płuc.* Materjał zebrany przez autorów dotyczy 27 przypadków zgorzeli płuc, przyczem odróżniają oni zgorzel górnopłatową (7 przyp.) i dolnopłatową (20 przyp.). Zg. górnopł. jest tem, co francuzi nazywają „forme pneumonique de la gangrene pulmonaire!! — jest to choroba o nagłym początku i b. burzliwym przebiegu klinicznym, kończąca się przeważnie śmiertelnie. Zg. dolnpł. stanowi najczęściej powikłanie innych chorób płucnych, najczęściej rozstrzeni oskrzelowych, idących w parze z przewlekłem śródmiąższowem zapaleniem płuc *(pneumofibrosis).* Autorzy otrzymywali dobre wyniki lecznicze, stosując w zgorzeli górnopłatowej odmę sztuczną, zaś w zgorz. dolnopłat. neosalwarsan w dawkach po 0,25 — 2 razy na tydzień.

W dyskusji kol. Erbrich powtarza myśl wypowiedzianą już w r. 1922, że w każdej zgorzeli ograniczonej mamy zawsze do czynienia z zatkaniem oskrzela (ciało obce, czynniki powstałe na tle zapaln. i t. d.). W porę wykonana bronchoskopja daje znakomite wyniki, natomiast rezultat stosowania odmy wobec daleko posuniętych zmian zgorzelinowych jest wątpliwy. Kol. Dąbrowski Kazim. nie radzi się trzymać żadnych schematów, natomiast indywidualizować każdy przypadek zgorzeli, i stosować odmę, salwarsan, bądź bronchoskopję.

Kol. Gluziński omawia różnorodność warunków powstawania górnej gangreny płuc i dolnej. Podkreśla, iż niejednokrotnie widział dobre wyniki po stosowaniu salwarsanu w tem cierpieniu.

Kol. Sawicki podnosi, że operacyjne leczenie zgorzeli płuc daje wyniki nieświetne (50 i więcej % śmiertelności). W odpowiedzi zabierał głos kol. prelegent, dając liczne dodatkowe wyjaśnienia.

Klemens Gerner, sekretarz doroczny.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie w dniu 12. I. 1927 (Walne Zebranie).

Przewodniczący: Prof. Dr. Majewski. Obecnych 82.

Prezes prof. Majewski wyjaśnia stosunek Towarzystwa franko-polskiego do Krak. Tow. Lek., którego Towarzystwo franko-polskie było niejako sekcją, a następnie porusza sprawę ewentualnego rozwiązania Towarzystwa franko-polskiego z tem by cele Towarzystwa przejęło Krak. Tow. Lek. Wniosek uchwalono.

Kol. Doc. Szymanowicz przedstawia doroczne sprawozdanie w zastępstwie sekretarza generalnego, sprawozdanie przyjęto. Sprawozdanie skarbnika Kol. Ackermana przyjęto. Prof. Wachholz interpeluje w sprawie opłaty Pol. Gaz. Lek. Kol. Glasner podkreśla obciążenie członków Towarzystwa Lekarskiego przymusową prenumeratą Pol. Gaz. Lek. i stawia wniosek pod adresem przyszłego Zarządu, by zastanowił się nad obniżeniem opłat Pol. Gaz. Lek.

Sprawozdanie gospodarza domu Kol. Doc. Seńkowskiego: przyjęto. Prezes prof. Majewski składa podziękowanie Kol. Doc. Seńkowskiemu za trudy poniesione przy rozszerzaniu domu.

Sprawozdanie bibliotekarza Kol. Spiry: przyjęto.

Prof. Wachholz składa wniosek, by zwrócić się do biblioteki Jagiellońskiej (do Dr. Grycza) po wskazówki potrzebne do należytego skatalogowania zbiorów bibliotecznych.

Następnie prof. Wachholz wygłasza dłuższe przemówienie w sprawie Pol. Gaz. Lek. w którem przeprowadza ostrą krytykę sposobu redagowania Pol. Gaz. Lek. P. G. L. jest drogą w porównaniu z gazetami lekarskiemi zagranicznemi, a nawet w po-

równaniu z podręcznikami polskiemi, a jako przykład przytacza swój podręcznik Medycyny Sądowej. Prelegent omawia dalej sprawę referatów poglądowych, które szwankują w P. G. L. Referaty są obecnie najważniejszą rzeczą, gdyż originalja nasze są liche; w wolnej Polsce produkcja naukowa upada, gdyż dotacje naukowe są małe i niepewne. Referaty winny być pisane pod kierownictwem jednego z redaktorów, a nie po amatorsku. Stawia wniosek: Krak. Tow. Lek. wyraża niezadowolenie z P. G. L. i wzywa do obniżenia prenumeraty.

Prezes prof. Majewski stwierdza przyjęcie wniosku i prosi prof. Wachholza, by dał się zakooptować do komisji redakcyjnej. Prof. Wachholz odmawia tłumacząc się przejściami jakie miał swego czasu jako jeden z redaktorów P. G. L.

Kol. Doc. Kostrzewski jako jeden z redaktorów P. G. L. odpowiada prof. Wachholzowi w sprawie P. G. L. Stwierdza przedewszystkiem, że Krak. Tow. Lek. winno mieć swój organ, którym obecnie jest P. G. L. W razie zerwania z P. G. L. Krak. Tow. Lek. liczące 300 członków będzie musiało jeszcze drożej opłacać swoje własne czasopismo Ceny P. G. L. są w porównaniu z innemi czasopismami obecnie droższe, gdyż nakład P. G. L. jest mniejszy. Co się zaś tyczy referatów, to Koledzy, do których redakcja się zwraca w tej sprawie odmawiają współpracy.

Prof. Wachholz ponawia swe zarzuty tyczące ceny i referatów P. G. L. proponuje ewentualne połączenie się z Nowinami Lekarskiemi lub „Warsz. Czasopism. Lek.". Komisja rewizyjna stawia wniosek o udzielenie absolutorjum Zarządowi, co uchwalono.

Prez. prof. Majewski dziękuje zebranym za życzliwość jaką go darzono w czasie jego urzędowania w Towarzystwie i oddaje ster rządów nowemu prezesowi prof. Latkowskiemu życząc mu powodzenia. Długotrwałe oklaski.

Prezes Prof. Latkowski obejmuje miejsce przewodniczącego i dziękuje prof. Majewskiemu za jego starania koło Towarzystwa jak również doc. Seńkowskiemu za starania około rozbudowy domu Towarzystwa. Oklaks.i Następnie prezes prof. Latkowski otwiera posiedzenie naukowe.

1. Kol. S p i r a (jun.) przedstawia chorego z *pierwotnem owrzodzeniem kiłowem w gardle.* Chory: Chłopak 15-letni zgłosił się przed 2-ma tygodniami na oddz. oto-laryng. szpit. Izrael. podając, że od kilku tygodni cierpi na palenie i nieznaczne bole w gardle. Badanie wykazało: W okolicy lewego fałdu bocznego gardła znajduje się owrzodzenie powierzchowne wielkości 1 grosza, podłużne, o dnie szarawem, otoczeniu zaczerwienionem. W kącie szczękowym lewym pakiet gruczołów twardych, niebolesnych, mało przesuwalnych; mniejszy pakiet po stronie prawej. Na skórze w okolicy pośladkowej tudzież na kończynach po stronie extensorów wysypka o charakterze, acne. Badanie mikroskopowe z wydzieliny owrzodzenia daje zwykłą florę jamy ustnej: brak krętków i symbiozy *bac. fusiformis* i *spirochaeta refring.* Odczyn Wassermann, silnie dodatni. W wywiadach chory zaprzecza jakiegokolwiek stosunku z kobietą, natomiast podaje, że został zmuszony do stosunku nieprawidłowego przez majstra fryzjerskiego, u którego pracował przed 6-ciu miesiącami. Stosunek odbywał się *per rectum,* czy też *por os* nie można było dokładnie wybadać u dość wstydliwego chłopca.

Rozpoznanie przedstawia dość znaczne trudności. Przeciw Anginie Plaut-Vincenta przemawia pakiet gruczołów i brak wyżej wspomnianej symbiozy bakterji; przeciw gruźlicy: wygląd owrzodzenia, brak podminowanych brzegów i gruczoły, przeciw kilakowi gruczoły i brak wyniosłych brzegów. Dodatni wynik badania krwi rozstrzygnął w kierunku sprawy kiłowej przyczem narzucało się dalsze pytanie, czy chodzi o zmianę pierwotną, czy o owrzodzenie wtórne gardła. Znanem bowiem jest, że zmiany 2-rzędne w jamie ustnej mogą ulegać wtórnemu zakażeniu i prowadzić czasem nawet do głębokich owrzodzeń. Jednak przeciw 2-mu okresowi przemawiał brak na ciele jakichkolwiek śladów po zmianie pierwotnej, tudzież również pakiety gruczołów szyjnych *Per exclusionem* doszliśmy więc do rozpoznania owrzodzenia pierwotnego w gardle. Nie jasny pozostał sposób zakażenia; trudno bowiem przypuścić, by owrzodzenie utrzymywało się szereg miesięcy t. zn. od czasu stosunku nieprawidłowego z majstrem. Natomiast brak krętków bladych w preparacie można łatwo wytłumaczyć działaniem oczyszczającem śliny i pokarmów.

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

I. P o s i e d z e n i e n a u k o w e z dn. 28. stycznia 1927 r.

Przewodniczy: kol. Z i e m b i c k i.

Obecnych: 78 członków.

Po załatwieniu szeregu spraw administracyjnych i dokonaniu uzupełniającego wyboru członka Komitetu redakcyjnego P. G. L. w osobie kol. N o w i c k i e g o, przystąpiono do porządku obrad.

I. Kol. W. J a n u s z (Zakł. Anat. Patol.) omawia obraz anatomiczny a) *wąglika,* (przyp. z oddziału chorób zakaźnych), b) *glejaka mózgu,* (przyp. oddz. wewn. Szpit. powsz.). Co do pierwszego, okazuje prelegent preparat zmienionych jelit, wraz z krwotocznie powiększonemi gruczołami krezkowemi. U tego samego osobnika stwierdził na przedramieniu prawem rozległe obrzmienie skóry z licznemi owrzodzeniami, wielkości ziarna fasoli, które przykryte były przyschniętemi strupkami szaro-czarnemi. Wydzielina owrzodzeń zawierała prątki wąglika, z czego wnosić należy, iż cały powyższy obraz tworzy typowe zmiany wąglika z pierwotnem powstaniem sprawy chorobowej na skórze i następowem uogólnieniem się pod postacią posocznicy wąglikowej, z wtórnemi zmianami w błonie śluzowej przewodu pokarmowego. Jelita wykazują 20 ognisk krwotocznych, od drobnego pęcherzyka, aż do rozległych nacieków krwotocznych o średnicy kilku centymetrów. Rozmieszczone są one przeważnie po stronie przeciwnej przymocowania krezki. Na rozmiary wspomnianych ognisk krwotocznych wpływa przedewszystkiem czas ich powstawania. Błona śluzowa przewodu pokarmowego może podobnie jak i skóra reagować na zarazki wąglika, tworząc nie tylko owrzodzenia, lecz również rozległy naciek obrzękowy bez wytworzenia się charakterystycznej krosty czarnej. W jamie brzusznej stwierdzono surowiczo-krwawy wysięk, surowicówka zaś w całości była wybitnie przekrwiona. Nadmiernie zwiększona śledziona wyobraża wedle Melnikowa-Razwiedienkowa, latarnię morską, która znaczy jasno drogi szerzenia się zakażenia w danym przypadku. Człowiek, jak wiemy zakaża się prątkiem wąglika najczęściej przez skórę i to przez drobne ranki powstałe wskutek zadraśnięcia lub ukąszenia przez owady. Zaraza wąglikowa na skórze ujawnia się dwoma różnemi postaciami: czarną krostą, czyli guzem wąglikowym, albo też rozlanym obrzękiem ciastowatym. Czynnik chorobotwórczy może się przedostać do ustroju także przez drogi oddechowe. Występowanie typowych zmian owrzodzeniowych wąglika na bł. śluzowej żołądka i jelit spowodowało, iż wszystkie podręczniki anatomji patologicznej doby ostatniej wyróżniają również możliwość zakażenia wąglikiem przez przewód pokarmowy. Przyczyniły się do tego liczne opisy przypadków, przedstawiających całe endemje wąglika kiszkowego wśród ludności ormiańskiej w okolicach nad Donem. Ludność ta chętnie spożywa surowe mięso owiec częstokroć zakażonych wąglikiem i właśnie dzięki temu zdaniem tych autorów, powstaje kiszkowa postać wąglikowa. Jednakowoż ostatnie badania z roku 1925. przeprowadzone w Instytucie Pasteur'a w Paryżu przez Sanarelli'ego, dotyczące zagadnień patogenezy wąglika, obalają dosadnie na drodze eksperymentalnej mylne poglądy dotychczasowych autorów. Hamująco na rozrost i zabójczo na same prątki wąglika wpływa obok chemicznego działania soku żołądkowego i jelitowego również w znacznej mierze antagonizm drobnoustrojów, zamieszkujących stale przewód pokarmowy z lasecznikami okrężnicy na czele. Wspomniane hamujące wpływy potrafił Sanarelli wykazać także *in vitro.* A zatem zdaniem Sanarelli'ego spostrzegane zmiany w jelitach są zawsze jedynie tylko odzwierciedleniem wtórnego zakażenia pozajelitowego. Badania te rzucają istotnie, nowe światło na patogenezę choroby wąglikowej.

Drugi omawiany przypadek, to: *glejak* mózgu nadzwyczaj silnie unaczyniony i powodujący liczne wynaczynienia i wylewy krwawe oraz wyraźnie zaznaczające się wsteczne zmiany samych pierwocin nowotworowych. Tak bogate unaczynienie może spowodować rozległe wylewy krwawe do środka miąższu nowotworowego, przyczyniające się tak dalece do zupełnego jego rozpadu, że na sekcji zwłok zdarzały się nawet pomyłki rozpoznawcze, przemawiające za wylewem krwawym tam, gdzie istotnie chodziło o *„glioma apoplecticum"*. Również i klinicznie przypadki bogato unaczynionych glejaków zwłaszcza w płatach czołowych nie dają zwykle objawów nowotworu, lecz raczej wylewów krwawych do mózgowia lub podoponowych. Najczęściej glejaki powstają jako guzy pojedyncze okrągławe w częściach obwodowych mózgowia, występując w liczbie mnogiej w samej substancji białej. Glejaki zazwyczaj nie odgraniczają się zbyt wyraźnie od istoty mózgowej. Histogenetycznie glejaki ściśle się łączą z układem nerwowym i jego pochodnemi.

W dyskusji kol. L i p i ń s k i uważa zakażenie drogą przewodu pokarmowego jako pewne w jednym z opisanych przypadków, dotyczącym oglądacza bydła, który po dokonaniu sekcji zwierzęcia, obmywszy ręce w miednicy z wodą, nie wytarłszy ich, spożył śniadanie. Badania Sanarellego, odrzucające możliwość tej drogi zakażenia, nie zostały dotychczas potwierdzone. Na oddziele zakaź. w ubiegłym roku pozostawało w leczeniu 15 przypadków wąglika, w tem 13 przyp. wąglika skórnego. Stosowano z bardzo dobrym wynikiem wlewania dożylne salwarsanu po 0'45—0'60.

Kol. Barącz przytacza dawne swoje próby leczenia wąglika wstrzykiwaniami 1% kollargolu. W trzech przypadkach z bardzo ciężkimi objawami ogólnemi nastąpiła znaczna poprawa. Do użycia kollargolu przy wągliku skłoniły go doświadczenia na zwierzętach, którym śródżylnie wstrzykiwał preparaty srebrowe (argentaninę, argoninę, protargol, ichthargan, kollargol). Kollargol zwierzęta znosiły najlepiej. Należy przy wągliku u człowieka, obok surowicy przeciwwąglikowej i neosalvarsanu stosować śródżylnie kollargol.

Kol. Janusz sądzi, że jednak badania Saranerelli'ego, rzucają zupełnie nowe światło na patogenezę wąglika, albowiem nie zna on ani jednego pewnego opisu przypadku samotnych zmian wąglikowych w przewodzie pokarmowym bez jednoczesnego zaatakowania skóry lub płuc. Twierdzą to również Kaufmann. W r. 1926 w rosyjskiem poważnem piśmie mikrobiologicznem jeden z autorów posuwa się nawet dalej od Saranerelli'ego, gdyż opisuje zupełnie nowe zjawiska z morfologji prątków wąglika, u których ujawnił on za pomocą odrębnej metody barwienia istnienie specjalnej ziarnistości, nie pozostającej w żadnym związku z zarodnikowaniem. Tej też ziarnistości autor przypisuje ważne znaczenie w patogenezie wąglika.

II. Kol. Barącz przedstawia chorego operowanego i leczonego w kwietniu 1926 na oddziale kol. Ostrowskiego z powodu *promienicy okolicy żołądka.* Wielki, głęboki, deskowato twardy, naciek zajmował nadbrzusze w linji środkowej i sięgał od wyrostka mieczykowego i łuku podżebr. prawego prawie do pępka, i tuż pod wyrostkiem mieczykowym przedstawiał chełboczący stożek. Chory gorączkował. Operacja wykonana 9 V. 1926, polegała na przecięciu podłużnem nacieku, wyskrobaniu jamy wielkości jaja gęsiego, wypełnionej charakterystyczną ziarniną, i wstrzyknięciu około 80 cm³ 1%-go wodnego roztworu siarkanu miedzi w rozległy naciek. Ranę jodynowano, tamponowano luźno gazą napojoną roztworem siarkanu miedzi, w naciek wstrzyknięto po kilku dniach powtórnie 80 cm³ roztworu siarkanu miedzi, a w przeciągu 6 tygodni nastąpiło zabliźnienie trwające dotychczas. Obecnie zgłosił się z powodu ponownych dolegliwości żołądkowych (objawy zrostów żołądka).

Chorego należy uważać za wyleczonego, jednak z pewną rezerwą, gdyż znane są późne nawroty, osobliwie przy lokalizacji choroby w brzuchu.

Lokalizacja promienicy w tym przypadku jest b. rzadka, choroba częściej sadowi się w podbrzuszu. Jako drogę wniknięcia w tym przypadku należy uważać najprawdopodobniej błonę śluzową żołądka. Kol. B. omawia pokrótce i nowe przypadki promienicy brzusznej przez siebie obserwowane; i podnosi, że z powodu znanej złośliwości promienicy brzucha, rozległości nacieków, bliskości trzewiów i skłonności do powrotów przy tem umiejscowieniu — leczenie promienicy brzusznej powinno być przedewszystkiem chirurgiczne, pod kontrolą wzroku przeprowadzone, powinno ono polegać na szerokiem otwarciu ognisk rozmiękłych, wyskrobaniu granulacji, jodynowaniu jam po wyskrobaniu i wstrzykiwaniach 1—2%-go roztworu siarczanu miedzi w same nacieki aż do rozmiękczenia ich zależnie od rozległości nacieku w większych lub mniejszych ilościach; na tamponowaniu jam gazą napojoną siarkanem miedzi. Nowo powstające nacieki powinny być w ten sam sposób leczone. Przy końcu leczenia należy energicznie tuszować pozostałe zaułki i przetoki lapisem *in substantia.*

W dyskusji kol. Penzias podnosi: że w ostatnich latach przybył nowy, skuteczny środek w leczeniu promienicy: naświetlanie promieniami Roentgena, zalecane już dawniej (Bevan 1904) w połączeniu z leczeniem chirurgicznem i jodem (Iselin, Wetterer i w. i.), a zastosowany na klinice chir. Petersa w dużej ilości przypadków, z których sprawozdanie ogłosił Jüngling w r. 1919. Dochodzi on do wniosku, że wyniki są bardzo dobre i pewne: w lżejszych przypadkach *restitutio ad integrum,* w cięższych przynajmniej znacznie bardziej kosmetyczne, bo staje się zbędną ostra łyżeczka, a tylko tu i ówdzie zachodzi potrzeba opróżnienia ropnia, przy kollikwacji tkanki promieniczej po naświetleniu. Również podawanie jodu uważa za zbędne — połowę przypadków leczono na klinice bez podawania jodu, a wynik był taki sam. Promienie R. nie działają na grzybka prom., bo nawet 10-krotna dawka rumieniowa nie powstrzymała *in vitro* wzrostu jego kultury, lecz na tkankę promieniczą, która pod wpływem naświetlań znika, często topi się, przechodzi w ropień, dający się łatwo opróżnić. Warunek: naświetlanie w granicach zdrowych (2 cm) dawką około pół rumieniowej przez filter glinowy lub cynkowy, zależnie od tego jak głęboko sprawa chorobowa sięga. Naświetlań takich trzeba zwykle 3—5 w ciągu około 4 miesięcy.

Leczenie to doprowadza do celu przy promienicy głowy i szyi; inna rzecz, jak postępować przy prawdziwej promienicy brzusznej: tu chory musi pozostawać pod ścisłą obserwacją chirurgiczną, bo nie jest równoznacznem pęknięcie ropnia powierzchownego z ewentualnem przebiciem do jamy brzusznej. Mówca miał w leczeniu kilka przypadków promienicy szyi i postępował podług wskazówek Jünglinga. Jeden przypadek prawdziwej promienicy brzusznej (przedstawiony bowiem przez prelegenta jest promienicą *powłok* brzusznych) miał mowca sposobność obserwować i leczyć — jakkolwiek nieświadomie. U chorego około 50 lat, wyczuwał się na lewym talerzu biodrowym guz, wielkości dużej pięści, owalny, twardy, nieprzesuwalny; stan podgorączkowy i badanie Roentgen. kiszki grubej ujemne; z powodu stanu serca chirurg nie doradzał zabiegu. Chory z prawdopodobnem rozpoznaniem *sarcoma* lub *lymphogranuloma* otrzymał serję naświetlań (przez cynk). W ciągu 6 tygodni guz zupełnie znikł, temperatura opadła, chory czuł się zupełnie dobrze i nie chciał się dalej leczyć. Po kilku miesiącach pogorszenie: znów guz, uporczywe zaparcie stolca; badanie roentg. kiszki grubej wykazuje jej niedrożność w okolicy dolnej części *colon descend.*, tam guz i ubytek wypełnienia. Z konieczności założono *anus praeter,* a chory pojechał do Wiednia, gdzie rozpoznano raka, naświetlano promieniami Roentgena, jak i następnie na klinice lwowskiej. Mimoto chory uległ swemu cierpieniu, a dopiero niedługo przed śmiercią przebicie ropnia na zewnątrz i badanie ropy wykazało, że to nie był nowotwór, lecz promienica.

Przypadek ten przytaczam, jako dowód, że i przy promienicy jamy brzusznej prowadzi naświetlanie do zaniku tkanki patologicznej.

Reasumując: w przypadkach promienicy, wskazane jest w pierwszym rzędzie leczenie przy pomocy naświetlań promieniami Roentgena; daje ono, przynajmniej w postaciach tej choroby zewnętrznych, bez bolu wyniki najlepsze, pewne, kosmetyczne.

W odpowiedzi kol. Barącz stwierdza, iż w Ameryce stosuje się promienie R. od lat 30, zwykle z równoczesnem podawaniem KJ. Ten sposób leczenia w promienicy brzusznej nie daje dobrych wyników. Leczenie tej postaci promienicy powinno być chirurgiczne.

W. Grabowski, sekretarz.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Na stanowisko jednego z wice-prezydentów m. Warszawy wybrany został kol. Wincenty Bogucki, dotychczasowy kierownik wydziału zdrowia Magistratu m. Warszawy.

Poznań.

VII. Zjazd Internistów Polskich odbędzie się w dniach od 26 do 29 września 1927 r. w Poznaniu. Jako tematy programowe wyznaczył ostatni Zjazd: Na pierwszy dzień: Kwasica ref. prof. Dr. Jakób Parnas ze Lwowa, Doc. Dr. Aleksander Oszacki z Krakowa. Na drugi dzień: Dychawica. Ref. prof. Dr. Wincenty Jezierski, prof. Dr. Henryk Lubieniecki, obaj z Poznania. Prosimy uprzejmie o zgłoszenie pokrewnych powyższym tematom referatów, jako i o referaty z wszelkich dziedzin medycyny wewnętrznej. Referaty powinny być oryginalne, nigdzie nie wygłoszone, ani publikowane dotychczas. Czas wyznaczony na wykład tematu głównego, wynosi 50 minut, na referat luźny lub dodatkowy do tematów głównych 15 minut. W dyskusji wolno zabierać głos 2 razy i to pierwszy raz 5, drugi raz 3 minuty. Referaty dodatkowe lub inne powinny być przesłane wraz dokładnym tytułem i ich streszczeniem (art. 14 Regulaminu) do dnia 15 sierpnia 1927 do Komitetu miejscowego na ręce p. prof. Jezierskiego lub dr. Jagielskiego, obaj w Poznaniu, Szpital Miejski, ul. Szkolna 14, celem umieszczenia referatu na porządku dziennych obrad. Przedewszystkiem uwzględnia się prace członków zwyczajnych i honorowych T. I. P. Członkiem zwyczajnym może być każdy lekarz, który został przyjęty przez Zarząd Koła lub przez Zarząd Główny w Warszawie po piśmiennem zgłoszeniu się. Składka na Zjazd wynosi 20 zł., które należy przesłać wraz z ogłoszeniem. Bliższych wiadomości udziela sekretarjat Zjazdu Poznań, ul. Szkolna 14, Szpital Miejski. Za Komitet miejscowy: (—) Prof. Dr. Jezierski, przewodniczący.

Z kraju.

Powszechna Wystawa Krajowa. W roku 1929 ma być zorganizowana w Poznaniu Powsz. Wystawa Krajowa. Kierownictwo Wystawy objął p. Prezydent Rzecz.; dla kontaktu czynników rządowych z wystawą Min. P. i H. delegowało radcę min. p. Weislego, a Min. S. Zagr. p. radcę Wilkoszewskiego. Prace organizacyjne Wystawy trwają już od dłuższego czasu. Przemysł włókienniczy chciałby wystąpić łącznie, co wywołałoby

oczywiście imponujące wrażenie; to samo wielki przemysł śląski i inne gałęzie polskiego przemysłu. Dnia 18 czerwca odbyło się plenarne posiedzenie Rady Gł. Powsz. Wyst. Krajowej. Zebraniu przewodniczył prezydent m. Poznania Ratajski. Postanowiono utworzyć lokalne Komitety Wystawy we wszystkich miastach wojewódzkich Polski oraz w Bydgoszczy. Nie wątpimy, że i przemysł chemiczno-farmaceutyczny wystąpi okazale, jak przystoi na tę ważną gałąź przemysłu, tak wspaniale reprezentowaną na ostatniej wystawie Sanitarno-Higjenicznej.

Ze świata.

Międzynarodowe kursy uzupełniające dla lekarzy w Berlinie, o których pomieściliśmy wzmiankę w numerze 30—31-szym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. na stronicy 572-giej, odbędą się według świeżo otrzymanego doniesienia w czasie od 3 do 31-października b. r., a nie, jak poprzednio podano od 15 września do 31 października b. r.

Ze statystyki raka. Prof. James Miller podaje, że rocznie umiera na raka w Kanadzie około 6000 osób. W Anglji i Walji zauważa się systematyczny wzrost śmiertelności z raka: na miljon mieszkańców przypadało tam rocznie zgonów z raka: 1891—1900: 639 mężczyzn, 882 kobiet, 1901—1910: 784 mężczyzn. 942 kobiet, 1911—1920: 936 mężczyzn, 996 kobiet. (The Canadian Medical Association Journal, Nr. 1, 1927). Wypadki raka mają się zdarzać częściej w okolicach nizinnych i wilgotnych aniżeli w suchych i wyżynnych. (Presse Medicale Nr. 23, 1927: Sprawozdanie z posiedzenia Akademji Lekarskiej z 15. III. 1927).

Badanie bakterjologiczne rąk sprzedawców produktów spożywczych. W jednym z miast amerykańskich w Texas dokonano badania bakterjologicznego rąk sprzedawców produktów żywnościowych. Badanie odbyło się między 8—10 rano na placu rynkowym. Ogółem dokonano 337 badań u 251 sprzedawców. W 228 wypadkach t. j. 67,65 proc. wykryto tlenowce fermentacji cukru mlecznego *(lactose fermenting aerobes)*. W 129 wyp. t. j. 32.28 proc. wyhodowano na płytkach z agarem + eozyan i błękit metylenowy, typowe kolonje prątków okrężnicy. Dla wyosobnienia prątków okrężnicy pochodzenia jelitowego, dokonywano posiewów na pożywce Kosers'a z cytrynianem sodu, wyniki dodatnie otrzymano tylko w 27 wyp., t. j. 8,38 proc., a przy powtórnem badaniu tych osobników w 1 wyp. (The Journal of Infectious Diseases Nr. 2. 1927).

Odżywianie chorych. Na posiedzeniu Société de Thérapeutique w Paryżu z dn. 12. I. r. b. Dr. G. Leven zwraca uwagę, że pierwszą troską lekarza powinno być odżywianie chorego; b. często zarówno w chorobach ostrych jak i przewlekłych, odżywienie odgrywa rolę znacznie doniośliejszą od lekarstwa. Odżywianie niedostateczne wywołuje objawy, które niesłusznie przypisuje się chorobie, pogarsza chorobę, opóźnia lub wikła okres zdrowienia. W wielu wypadkach, gdzie pospolicie zabrania się odżywiania przez usta (wrzód żołądka, wymioty acetonemiczne) L. wykazał pomyślny pod każdym względem wpływ tego sposobu odżywiania, zamiast odżywiania per rectum, wykazującego tak częste i poważne niedogodności. Schudnięcie chorych niedostatecznie odżywianych prowadzi do błędów rozpoznawczych (rak, gruźlicze zapalenie jelit); ponieważ przeocza się zwykle, że przyczyną schudnięcia jest nie rozwijająca się choroba, lecz samo odżywianie. (Paris Médical Nr. 12, 1927).

Ze statystyki zdrowotnej w Prusach. Na 1000 żyjących umierało w Prusach (włącznie z martwourodzonymi) w r. 1921 — 13,6; w 1922 — 14,16; w 1923 — 13,5; 1924 — 12,2; 1925 — 11, 84. Na 1000 żyjących umierało na choroby zakaźne (za wyjątkiem chorób wenerycznych i gruźlicy) w r. 1922 — 3,99; 1923 — 3,62; 1924 — 2,84; 1925 — 2,78. Na choroby weneryczne zmarło w r. 1922 — 1656 osób: 1923 — 1594, 1924 — 1430 i 1925 — 1401. Śmiertelność z raka systematycznie wzrasta. Na 10.000 żyjących umierało w r. 1922 — 8,87; 1923 — 8,92; 1924 — 9,4; 1925 — 9,62. Na gruźlicę umierało na 10.000 w r. 1922 — 14,25; 1923 — 15,26; 1924 — 12,24; 1925 — 10,93. Ta ostatnia cyfra jest najniższą dotąd spostrzganą w Prusach. Na 100 donoszonych ciąży (włącznie z martwo-urodzonymi) przypadało na poronienie lub poród przedwczesny w r. 1921 — 6,3; 1922 — 7,2; 1923 — 8,0; 1924 — 9,05; 1925 — 11,84. (Volkswohlfahrt Nr. 4, 1927).

Higjenistki szkolne w Stanach Zjednoczonych. Więcej jak miljon młodzieży szkolnej obejrzały w ciągu ostatniego roku sprawozdawczego pielęgniarki odwiedzające (infirmière visiteuses) Czerw. Krzyża St. Zjedn. Te systematyczne wizyty mają wielkie znaczenie w zapobieganiu ciężkim epidemjom, poprawie stanu zdrowotności i zwiększaniu zdolności do pracy dzieci. Pozwalają one na wykrycie prodromalnych objawów chorób zakaźnych i izolację dotkniętych niemi, zanim jeszcze zdążą zarazić innych. Dzięki tym wizytom można leczyć również wady fizyczne uczniów zanim jeszcze doprowadzą one do ciężkich objawów. Często podczas wizytacji odkrywa się wady wzroku, słuchu, zapalenie migdałków i inne znacznie poważniejsze cierpienia dotąd niespostrzeżone lub z ważności których nie zdawano sobie sprawy. Po wykryciu tych objawów pielęgniarka wyjaśnia je rodzicom i konieczność natychmiastowej porady lekarskiej. Jak twierdzą poważni higjeniści, ma to zbawienny wpływ nie tylko na zdrowie uczniów, lecz i na poziom ich nauki. Wiadomo, że dziecko tem lepiej pracuje, im lepiej się czuje. (Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge. Bulletin d' information Nr. 4. 1927).

Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej komunikuje, że ambasada francuska zawiadomiła nasze władze, iż w październiku r. b. odbędzie się XIX kongres medycyny francuskiej w Paryżu. Ponieważ w kongresie tym biorą udział i lekarze zagraniczni, przeto ambasada pragnęłaby mieć listę uczestników z Polski. Koledzy, pragnący wziąć udział w tym kongresie, powinni zgłaszać się do swoich Izb, a te prześlą listy kandydatów do Naczelnej Izby do dnia 1 września. Jeżeli zgłoszą się kandydaci, Naczelna Izba wystąpi o ulgi pasportowe. Sekretarz: w. z. Dr. Podczaski. Przewodniczący: Dr. Bączkiewicz.

Wiedeński wydział lekarski organizuje w czasie od 26 września do 8 października r. b. kurs p. n. Postępy w medycynie ze szczególnem uwzględnieniem terapji — wraz z ćwiczeniami seminaryjnemi od 10 do 15 października r. b. Bliższych wiadomości udziela sekretarz Dr. A. Kronfeld Wiedeń IX. Porzelangasse 22.

W czasie od 24 do 26 sierpnia r. b. odbędzie się w Bernie konferencja międzynarodowa w sprawie wola. Referentami będą znani specjaliści niemieccy, austrjaccy, szwajcarscy, włoscy, francuscy, angielscy i amerykańscy.

Z inicjatywy szwajcarskich Kas Ch. ma powstać organizacja międzynarodowa Kas Chorych. W tym celu ma być zwołany do Bazylei w 1927 lub 1928-ym r. międzynarodowy Kongres Kas Ch. (Congrès international des Caisses-maladie et Mutualités). Kasy podają jako cel: obronę wspólnych interesów wobec utworzenia międzynarodowego Związku Lekarzy.

Redakcja otrzymała następujące wydawnictwa Polskiego Czerwonego Krzyża wydane przy sposobności IV. Międzynarodowego Kongresu Medycyny i Farmacji Wojskowej, jaki się odbył w roku bież. w Warszawie:

1) „Polski Czerwony Krzyż" miesięcznik, oficjalny organ Warszawskiego Okręgu Oddziału Polskiego Czerwonego Krzyża

2) Polski Czerwony Krzyż 1919—1927, rocznik poświęcony IV Międzynarodowemu Kongresowi Medycyny i Farmacji wojskowej, bogato ilustrowany i bardzo starannie wydany w języku polskim i francuskim przegląd organizacji i dotychczasowej działalności Polskiego Czerwonego Krzyża

3) Polski Czerwony Krzyż, przegląd działalności w ilustracjach

4) Rok czynu młodzieży Polskiego Czerwonego Krzyża

5) Czyn młodzieży, wydawnictwo Warszawskiej Komisji oddziałowej kół młodzieży Polskiego Czerwonego Krzyża.

Wszystkie te wydawnictwa świadczą o niezmiernej ruchliwości i wszechstronnej pożytecznej działalności poszczególnych oddziałów Polskiego Czerwonego Krzyża, która zasługuje ze wszech miar na ogólne poparcie.

To też czyniąc zadość prośbie redakcji wspomnianych wyżej wydawnictw zwracamy się do Naszych P. T. Czytelników z uprzejmą prośbą o zainteresowanie się perjodycznem wydawnictwem p. t. Polski Czerwony Krzyż i zasilanie go współpracą autorską w formie artykułów z dziedziny: higjeny, sprzętu sanitarnego, służby sanitarnej, epidemij, chorób zagrażających życiu społecznemu (gruźlica, choroby weneryczne i t. p.), dalej chirurgji wojskowej polowej i szpitalnej, a wreszcie artykułów traktujących o pomocy w nagłych wypadkach. Wszelkie korespondencje należy kierować do Redakcji czasopisma „Polski Czerwony Krzyż" Warszawa ul. Mazowiecka Nr. 9 m. 7.

Bureau international du travail: „Bibliographie d'hygiene industrielle". Vol. II, Nr. 6, Juin 1927.

Do niniejszego numeru dołączono załączkę bibułową z reklamą środka nasennego „Adalin" wyrobu firmy „Bayer".